NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JANVIER 1848. — 9me SÉRIE. — T. I.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 1—17.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 18—77.
Mélanges. 78.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—4. *Revue* 19, 20, 21, 22, 45.
Thérapeut. 5—8. *Revue* 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 40, 44.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 9. *Revue* 30, 31.
Maladies des femmes. 10.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. *Revue* 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 50.
Médecine opératoire. 11 — 13. *Revue* 36, 37, 38, 39.
Ophthalmologie. 14. *Revue* 46, 47.
IX. Maladies syphilitiques. 15. *Revue* 48.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 16—17.
XII. Généralités. 18.
Sociétés savantes, pag. 190, 224.
Mélanges. 49.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JANVIER 1848.)

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MODE DE DÉVELOPPEMENT, SUR L'ACTION ET SUR LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DU PROGRAMME DE M. LE PROFESSEUR JEAN-BAPTISTE MAZZONI.

Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques; par LOUIS PAROLA, médecin de Cuneo.

(Traduit de l'italien, par Ant. RAIKEM, D. M. P., professeur à l'Université de Liége, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, correspondant de celle de Paris, etc.)

(Suite : *voir* le nº de décembre 1847, p. 181.)

VII. — Déterminer les causes, qui font cesser tout à fait, ou rendent moins efficace l'action du médicament.

Il est, ce nous semble, superflu de rappeler à nos collègues, que, de l'aveu de tous les cliniciens, la principale condition pour qu'une médication quelconque puisse manifester entièrement et efficacement son action, consiste à le prescrire à dose convenable, et proportionnée aux spécialités individuelles, à l'urgence des circonstances, à l'intensité et à la période de l'état morbide. C'est pourquoi nous voulons nous arrêter un peu sur les causes particulières qui quelquefois diminuent tellement l'action rapide du seigle ergoté, qu'il ne produit aucun effet ou presque aucun.

Déjà Wildenow, Balme, Lorimer et d'autres, avaient observé que certains grains étaient actifs, et que d'autres ne l'étaient point; que l'enveloppe opérait plus efficacement que la moelle; mais ces connaissances trop incomplètes servaient de point de départ à beaucoup d'incrédules et de détracteurs.

Enfin, il y a deux ans, M. Bonjean nous apprenait et nous prouvait, par deux expériences sur des poulets, que le seigle ergoté, huit jours avant sa formation, se trouvait privé de son efficacité propre.

Ayant décrit dans un autre chapitre les caractères de ses diver

degrés de développement, il nous reste maintenant à exposer nos recherches cliniques et expérimentales à ce sujet.

Le 4 juillet de l'an passé, je fis macérer, dans quatre onces d'éther sulfurique à 75° Baumé, une once de seigle ergoté pulvérisé, récolté par nous-même, du 3e au 6e jour de sa formation.

Au bout de quatre jours, j'en obtins :

1° Une huile verdâtre, d'une odeur et d'une saveur agréables d'amandes douces, du poids, à peu près, de deux gros ;

2° Une matière grasse, d'une teinte un peu plus foncée, mêlée à une petite dose de résine, et ayant une odeur et une saveur plus nauséabondes que l'huile : elle pesait un demi-gros ;

3° 14 grains de matière résineuse, d'une teinte rouge-brun, d'une odeur vireuse, et d'une saveur nauséabonde et très-légèrement âcre.

Ce seigle ergoté contenait donc une huile verdâtre, presque dépourvue de résine ou d'autres principes médicamenteux et une matière demi-résineuse, grasse, en petite dose par rapport à celle du seigle ergoté à maturité, moins âcre, moins colorée et moins nauséabonde que celle-ci ; en outre, une quantité minime de résine, c'est-à-dire moins de la moitié de la même substance parvenue à son développement complet.

Trente et unième expérience. — Le 8 juillet 1843, ayant pris la moitié environ de ces extraits, nous trouvâmes une saveur d'huile d'amandes à l'huile éthérée et nous ne ressentîmes ni la moindre incommodité, ni la plus légère perturbation générale ou gastrique.

Le jour suivant, nous trouvâmes assez nauséabonde la matière grasse ; elle nous occasionna, pendant une bonne heure, du malaise à l'estomac, un ralentissement du pouls d'environ quatre pulsations, avec sensation de pesanteur et de torpeur à la tête.

Le 10 juillet, la résine nous incommoda beaucoup plus et produisit à peu près les mêmes effets que la résine du seigle ergoté mûr nous avait fait éprouver, et que nous avons décrits, si ce n'est qu'ils durèrent moins longtemps, qu'ils furent beaucoup plus légers, au point que le soir nous étions débarrassé du mal du cœur et que la lassitude était moins forte.

Le 3 du même mois, nous prîmes encore 36 grains de la même poudre du seigle ergoté non mûr. Les effets furent ceux du seigle ergoté à petite dose, c'est-à-dire, comme si nous eussions avalé 10 à 12 grains de celui-ci.

La même chose nous est confirmée par l'expérience rapportée plus loin, sur la pie, oiseau que nous avons choisi parce qu'il est carnivore, et qu'en mêlant, à petites doses, la substance à expéri-

menter avec de la viande, on parvient facilement à la lui faire ingérer et retenir.

En outre, comme on a prétendu que beaucoup d'autres causes peuvent détruire ou diminuer l'action de notre médicament, telles que la torréfaction, l'âge, sa longue conservation en poudre, nous nous sommes proposé en conséquence de rechercher la vérité par des expériences comparatives.

Trente-deuxième expérience. — Le 13 juillet 1843, nous fîmes prendre à six pies, marquées des n°s 22 à 27, à différentes reprises pour éviter les vomissements :

Au n° 22, 20 gr. de seigle ergoté pulvérisé, dont on avait rétiré l'huile éthérée ;

Au n° 23, autant de grains de seigle qui avait auparavant été traité par l'alcool, afin d'en extraire l'extrait résineux ;

Au n° 24, la même dose de seigle ergoté bien conservé et récemment pulvérisé ;

Au n° 25, 40 gr. de seigle ergoté pulvérisé depuis 4 ans ;

Au n° 26, la même quantité de seigle non mûr ;

Au n° 27 , un peu moins de la moitié restant de l'huile demi-résineuse obtenue d'une once de seigle non mûr , c'est-à-dire 22 grains.

Toutes, en moins d'une heure, éprouvèrent plus ou moins violemment les effets ordinaires de cette substance, c'est-à-dire : de la somnolence, de l'apathie, des tremblements, de la réfrigération, des vomissements, une marche chancelante, des déjections alvines, excepté que ces symptômes se manifestèrent avec plus d'intensité et de durée chez les n°s 24 et 25.

Le n° 24 mourut cette même nuit, au bout d'environ 20 heures.

Le lendemain, les cinq autres pies étaient en vie : elles mangèrent avec avidité, à l'exception de celle n° 25, qui ne manifestait pas d'appétit et était toujours fort triste et hérissée. Lui ayant encore donné 12 autres grains de la même poudre, la diarrhée augmenta; il s'y joignit des symptômes de narcotisme, et elle mourut dans la soirée.

Dans le courant du même jour, on renouvela la dose aux n°s 22 et 23 : même effet, durant cette journée. Le lendemain, les pies étaient encore indisposées; mais cela ne les empêchait pas de manger avec beaucoup plus d'avidité ; elles n'avaient du reste qu'une diarrhée ordinaire.

Pendant la nuit, le n° 24 succomba.

Le 18 juillet, le n° 23 paraissait guéri ; néanmoins nous le trouvâmes mort le 19 au matin. Le canal digestif était vide d'aliment

et de fèces, malgré la grande quantité de viande ingérée le jour précédent.

Les nos 26 et 27 maigrirent beaucoup pendant plus d'une semaine, et recouvrèrent ensuite la santé.

Trente-troisième expérience. — Désireux de connaître parfaitement l'influence d'une forte chaleur sur les principes les plus actifs du seigle ergoté, nous en fîmes torréfier, le 28 mai 1843, 6 onces, jusqu'à ce qu'il fut devenu intérieurement noir, presque comme du charbon, et réduit au poids de 5 onces. L'ayant fait pulvériser, nous en infusâmes 1 gros et demi dans une tasse d'eau bouillante, en guise de café, que nous prîmes immédiatement.

Nous traitâmes le restant de la poudre avec de l'alcool à 40° B., et nous en obtînmes environ 1 gros d'un extrait demi-résineux, soluble, en grande partie, dans l'eau; mais la partie insoluble présentait tous les caractères de la résine, décrits ci-devant. Ensuite, ayant fait bouillir cette poudre, d'abord traitée par l'alcool, dans de l'eau, nous en retirâmes un autre demi-gros d'huile rougeâtre, légèrement âcre; mais dépourvue tout à fait d'action virulente. C'est ce qui nous parut après en avoir goûté environ la moitié. Cette même infusion nous donna aussi une dose égale de matière grasse.

Le 31 mai, à 10 heures du matin, nous prîmes une solution mucilagineuse avec 12 gr. de cet extrait résineux.

Pendant la matinée, nous n'éprouvâmes ni embarras à la tête, ni gêne d'estomac; seulement après dîner, nous fûmes pris d'un dégoût invincible, avec lenteur de digestion; lassitude; sentiment douloureux dans les membres abdominaux; ralentissement et affaiblissement du pouls, lesquels, ayant persisté pendant quelques heures, nous contraignirent à boire du vin généreux. Malgré cela, le lendemain matin, notre pouls donnait 6 pulsations de moins qu'à l'ordinaire, et nous éprouvions encore un reste de torpeur et de fourmillement dans les extrémités inférieures.

Ainsi, nous pouvons avancer que l'analyse chimique et les résultats de l'action, soit du seigle ergoté mûr, ou non mûr, ainsi que des poudres dépouillées de leurs principes oléo-résineux, prouvent qu'il existe quelques causes susceptibles de diminuer considérablement la puissance de cette substance; entre autres :

1° Si sa formation est incomplète. — Il est à propos d'ajouter ici qu'il arrive, en certaines années, que le seigle est récolté quand les grains ergotés qui s'y trouvent ne sont pas encore parvenus à leur maturité. C'est ce qui a lieu lorsqu'une humidité excessive, des pluies et du froid non interrompus, surviennent une ou deux semaines avant la moisson.

Nous avons observé ce phénomène, il y a quelques années, dans les champs, et nous sommes parvenu à produire artificiellement, au moyen de l'arrosement répété, de peu de lumière, d'un engrais abondant, et de scarifications de quelques grains sains, le seigle ergoté plusieurs jours avant la récolte.

2° S'il a été préalablement traité par des moyens qui peuvent diminuer ou enlever ses principes oléo-résineux.

Pour rendre inerte la poudre ergotée, il est nécessaire de la traiter trois ou quatre fois ou par de l'éther, ou par de l'alcool. C'est pourquoi, ayant employé, dans les expériences sus-indiquées, deux qualités de poudres, l'éthérée, c'est-à-dire celle qui avait subi une seule macération à froid dans l'éther, était plus active que l'autre, qui avait été soumise à deux ébullitions dans l'alcool.

3° S'il a été conservé trop longtemps, surtout s'il est en poudre.

4° S'il a subi la torréfaction, qui diminue indubitablement, mais qui n'enlève ni ne détruit pas entièrement ses principes actifs.

VIII. — Décider d'après des expériences sur les animaux et des faits cliniques bien avérés, si le seigle ergoté détermine des contractions utérines : 1° à toutes les époques de la grossesse, quand il n'apparaît aucun signe d'accouchement; 2° au moment du travail, quand les douleurs nécessaires à l'expulsion du fœtus et du placenta ont totalement cessé.

La physiologie nous enseigne que l'utérus, après la conception, est le centre d'une double circulation sanguine utéro-placentaire, et d'une excitabilité nerveuse exaltée, manifestée par des aberrations d'appétences et de sensations, et par l'influence que la crainte, l'épouvante et les autres perturbations morales peuvent causer tant à la mère qu'au fœtus, au point qu'il est possible que l'avortement même en résulte. Cela posé, il en ressort naturellement que l'un des plus profonds agents, sur les systèmes nerveux et sanguin, sera également pour l'utérus un des plus puissants et d'autant plus spécifiques, que cet organe sera devenu, à un plus haut degré, centre et foyer de l'économie entière, comme il arrive dans les grossesses et dans l'accouchement.

En vertu de ce principe, quel que soit le viscère qui se trouve dans les conditions sanguines-nerveuses prémentionnées, conditions plus ou moins prononcées, il sera, par la même raison, plus ou moins impressionné par le seigle ergoté. Et cela apparaîtra d'autant plus évidemment, que nous pourrons mieux nous rendre compte de la manière de fonctionner de l'utérus quant à la nutrition du fœtus.

Cette fonction consiste à fournir au placenta les matériaux san-

guins. Si ceux-ci pèchent par la qualité ou par la quantité; ou bien, si par des causes traumatiques, comme des secousses violentes, des coups, des chutes, survient le détachement total ou partiel du placenta de la superficie utérine, l'avortement en est la conséquence immédiate. D'où il ressort que toute cause, qui empêchera ou ralentira puissamment la circulation du sang, diminuera également le transport de celui-ci à l'utérus, et le placenta ainsi que le fœtus en resteront aussi proportionnellement privés : de cette manière, placés en dehors de leurs conditions de vitalité, ils deviendront stimulants insolites de l'utérus, et, comme tels, ils seront expulsés. Ce n'est pas autrement qu'opèrent la crainte, l'épouvante et la terreur ; car chacun sait comme ces affections de l'âme peuvent instantanément anéantir la vitalité, en arrêtant la circulation, et partant en agissant d'une manière tout à fait semblable à celle du seigle ergoté.

Quant aux qualités du sang, le professeur Vannoni nous a très-bien démontré que l'avortement provient souvent de l'infection vénérienne, et que le sublimé peut l'empêcher, en opérant et en se fixant sur le placenta, dans lequel ce professeur l'a ensuite retrouvé après l'accouchement.

La pathologie, qui nous démontre que presque tous les avortements dérivent des lésions des placentas, s'accorde avec les expériences de Wright sur les chiennes. Cet observateur obtint pour résultat de l'usage du seigle ergoté une diminution très-notable du placenta. Nous avons tenté de répéter ces expériences sur trois de ces animaux, mais, par suite des vomissements qui survinrent, nous n'eûmes pas lieu d'obtenir des effets si positifs. Néanmoins, après avoir continué son usage pendant quelque temps, le placenta fut fort diminué, et les fœtus devinrent souffrants et amaigris (1). Mais en faisant nos recherches sur les lapins, animaux dociles de leur nature, nous parvînmes à recueillir sur ce point bon nombre de faits exacts que nous allons exposer.

Trente-quatrième expérience. — De deux lapines qu'on avait fait couvrir en même temps par un mâle vigoureux, marquées des n°s 43 et 44, et parvenues à peu près au terme moyen de leur gestation, je choisis celle qui avait le ventre le plus gros : c'était le n° 44 ; et pendant quatre jours à partir du 17 avril 1843, je lui fis avaler 30 grains de seigle ergoté ; mais attendu la difficulté de

(1) Courhaut, en expérimentant sur une chienne, provoqua l'avortement, mais au moyen de très-grandes doses : j'ai fait, dit-il, nourrir, pendant six jours, une chienne pleine avec 4 onces de farine ergotée par jour : au deuxième jour, elle recherchait la chaleur ; au troisième, elle avait des frissons ; au sixième, elle avorta de quatre petits chiens vivants : pendant l'avortement, elle eut des frissons et des frémissements considérables, etc.

pouvoir poursuivre l'expérience avec exactitude, à cause de l'aversion que cet animal manifestait toujours de plus en plus pour le médicament, j'y substituai sa résine, qui déjà, chez de semblables animaux, avait produit les mêmes effets que le seigle. La dose fut de 3 grains, (un peu moins d'un demi-gros), du 21 au 30 avril. — Le 3 mai, cette lapine accouchait de quatre petits lapins moins gros, plus maigres que de coutume et imparfaitement développés. Deux d'entre eux moururent le jour suivant ; et la mère, qui avait auparavant bien élevé plusieurs des petits qu'elle avait faits, se trouvant cette fois presque sans lait, ne put nourrir les deux autres que 5 jours, au bout desquels ils moururent. Sur ces entrefaites, le n° 43, la lapine qui nous avait semblé moins grosse et était parvenue à une grossesse moins avancée, avait mis bas, le 30 avril, cinq fœtus parfaitement développés.

Trente-cinquième expérience. — Le 20 mai 1843, j'avais à ma disposition trois lapines, marquées des n°s 45, 46 et 47. — Toutes trois étaient pleines : le n° 45 depuis 15 à 18 jours, c'est-à-dire que la gestation avait parcouru un peu plus que la moitié de son cours. Les lapines n°s 46 et 47 avaient été couvertes plus tard, et on pouvait estimer que leur grossesse datait de 12 à 15 jours.

La lapine n° 45 fut soumise, pendant au moins douze jours, à 4 gr. de résine ergotée. Après ce temps, elle mit bas cinq petits lapins maigres et non encore parvenus au terme entier de leur développement, c'est-à-dire plutôt qu'elle avorta. Ils moururent, en effet, quelques jours après, soit par suite de leur débilité, soit parce que leur mère avait peu de lait.

La lapine, n° 46, prit pendant huit jours 4 gr. de la même résine. Après cela, voyant qu'elle était maladive, inactive, qu'elle avait peu d'appétit, les pattes froides, des tremblements universels, on l'égorgea, en même que la lapine n° 47, qui avait été expressément conservée pour confrontation. Il est inutile de rappeler que les animaux, dans ces expériences, éprouvèrent les effets narcotiques ordinaires du seigle ergoté, et journellement, pendant deux ou trois heures, après la potion de la résine.

De cette comparaison nécrotomique il résulta : 1° que le poids, qui, avant l'expérience, était plus fort pour la lapine n° 46, se trouva moindre, après la mort, partant plus considérable pour la lapine n° 47, qui n'avait pas pris de seigle ergoté ; 2° chez celle-ci, le développement des artères utérines était beaucoup plus prononcé, et l'utérus se trouvait plus congestionné, plus rouge, ses parois étaient plus denses et plus vasculaires ; 3° les placentas étaient plus volumineux, plus gorgés de sang, et le tissu cellulo-spongieux de leur face externe était plus consistant et plus adhé-

aux parois utérines; 4° les fœtus étaient gras, vivaces et offraient un développement presque complet. Six heures après qu'ils eurent été extraits de l'utérus, ils se trouvaient encore vivants. Par contre, les artères utérines étaient beaucoup moins développées dans le cadavre du n° 46, et l'utérus était peu consistant et assez pâle. Les placentas présentaient un volume moindre; et, ce qui fut plus remarquable, ce fut que le tissu cellulo-vasculaire, intermédiaire entre les placentas et l'utérus, se trouvait dans un état de ramollissement pultacé et presque pas adhérent à l'utérus, de manière à faire soupçonner, comme prochain, l'avortement. En outre, les fœtus étaient maigres, moins vivaces, plus petits et moins développés. Six heures après leur séparation de l'utérus, ils ne donnaient plus aucun signe de vie.

Dans ces expériences, nous avons obtenu deux effets opposés du seigle ergoté. Quand il était administré dans le commencement de la grossesse, il en ralentissait la marche, et l'accouchement était retardé, comme Taddei de Gravina l'avait déjà observé chez les cochons d'Inde. Au contraire, si on le donnait quand la gestation était plus avancée, il produisait l'avortement. De toute manière, l'on conçoit que, suivant les dispositions individuelles, selon la dose et l'époque de la grossesse, il peut provoquer l'avortement, ou prolonger le cours de la gestation.

Ainsi donc, le seigle ergoté n'est pas immédiatement abortif par lui-même, parce que l'action qu'en ressent l'utérus dans la grossesse est déjà l'effet des effets de sa puissance sur la vitalité et le système sanguin. C'est aussi de cette manière, c'est-à-dire, même indirectement, au moyen de quelques systèmes généraux, qu'agissent tous les autres médicaments supposés abortifs. On voit en effet des femmes qui resistent à leur action et même à celle de violences externes, tandis que d'autres avortent pour la moindre cause.

Que le seigle ergoté ne soit pas toujours abortif, nous en avons rencontré des exemples chez plusieurs jeunes filles, qui ressentirent de son usage tous les effets les plus intenses sans pouvoir avorter; tandis que, chez quelques autres, ces tentatives criminelles purent réussir, non sans graves accidents. En 1837, je fus appelé à secourir une femme en proie aux plus violentes douleurs de ventre, avec crampes intenses à toutes les extrémités, devenues glaciales et immobiles, avec pâleur mortelle des lèvres et de la face, pouls presque éteint. Croyant sa mort imminente, elle m'avoua avoir pris, deux heures auparavant, une demi-once de seigle ergoté dans la coupable intention de se délivrer d'une grossesse de quatre mois; mais qu'au lieu de réussir à exciter des douleurs

expulsives, il lui était au contraire survenu des coliques et des contractions nerveuses les plus insupportables. Une mixture avec du laudanum et quelques lavements la soulagèrent beaucoup; toutefois, elle resta, longtemps après, dans un état de faiblesse et de souffrance. — Beaucoup d'auteurs virent de ces cas d'avortement, tenté en vain, entre autres Stearns, Mitchell, Lovati chez la femme; Chatard chez deux truies, une vache et une chèvre; Wesener, Villeneuve, Combes, chez les chiennes; Taddei de Gravina, chez le cochon d'Inde.

L'histoire de la science, relativement à la faculté du seigle ergoté de pouvoir provoquer l'avortement, tant chez la femme que chez différentes espèces d'animaux, nous fournit des faits et des observations en si grand nombre, qu'il serait trop difficile, pour ne pas dire impossible, de pouvoir les nier. En effet, les expériences de Courhaut et de Oslere, les observations de Tessier, de Müller, de Courhaut déjà cité, de Pignacca, de Lorinser, de Chapman, de Baudelocque, de Girardin, de Chevreuil, de Waller, de Paterson, de Desgranges, à cette époque plus ou moins avancée de la grossesse, sont dignes de toute confiance. Courhaut, qui observa la maladie ergotée épidémique dans deux départements de la France, pendant les années 1813, 1814, 1816 et 1820, en parlant de l'influence du seigle ergoté, selon l'usage et le sexe, à la pag. 14 de son mémoire dit : « que les femmes supportent assez facilement son influence, à moins qu'elles ne soient nourrices, ou dans l'état de grossesse; car en huit jours, elles perdent leur lait; en quinze jours, ou trois semaines, elles avortent; la menstruation a toujours lieu, même quand la gangrène a envahi les membres. » Nous avons choisi ce passage, parce qu'il en ressort : 1° l'uniformité entre ces observations et nos expériences sur les lapines; 2° la preuve que le seigle ergoté n'agit pas exclusivement sur l'utérus, puisqu'il ne trouble pas ses fonctions normales, la *menstruation ayant toujours lieu;* et qu'au contraire il se dirige ou se fixe sur les extrémités des vaisseaux capillaires. Nous ne pouvons pas taire non plus l'opinion d'un professeur d'accouchement, de Chailly, qui le croit susceptible de produire certainement l'avortement *de toutes pièces*, surtout dans une période avancée de la grossesse, et qui affirme, en outre, que l'ayant toujours administré dans des cas de vitalité du fœtus, et avant toute espèce de contraction utérine, il ne le vit jamais manquer de produire son effet.

Puisque nous nous sommes engagé à rapporter des faits cliniques bien avérés, nous avons fait choix de ceux que nous allons exposer.

Obs. XXXIX. — (De Courhaut.) — Le 20 octobre 1813, je fus

appelé dans la commune de Luncean (Bourbonnais, où régnait, en 1813 et 1814, l'épidémie du clavisme gangréneux), pour la femme de M. C... qui, parvenue au sixième mois de sa grossesse, avait les douleurs de l'accouchement. Cette dame, d'une constitution délicate, éprouvait un froid continuel; le pouls était petit, concentré : elle avait des seins petits et flasques. Je la mis au régime, sans penser au seigle. L'avortement fut bref et les douleurs actives. Le 24 août 1814, la même dame accoucha au septième mois, avec les mêmes symptômes et avec un résultat semblable : l'enfant vécut deux mois. Par la suite, elle eut plusieurs accouchements à terme et très-heureux. La malade n'eut plus de frissons et le pouls devint normal, ses seins étaient remplis et souples. J'appris alors qu'elle avait mangé du pain ergoté en 1813 et 1814, et que ses domestiques en avaient souffert, mais qu'elle ne pensait pas que la petite quantité qu'elle en avait ingérée eût pu lui être nuisible.

Les recherches que je fis, d'après le désir de M. Desgranges, auprès des femmes dans les familles desquelles j'avais traité la maladie du seigle ergoté, m'ont convaincu qu'elles en avaient éprouvé les mêmes effets dans leurs avortements, et que ceux-ci étaient arrivés, chez les unes, six jours après; chez d'autres huit jours après, et chez quelques-unes jusqu'à vingt jours après l'usage continué de ce pain. J'ai observé que cette variété d'époques provenait du tempérament de ces femmes, et de leur nourriture plus ou moins succulente.

Obs. XL. — (Du professeur P. Dubois.) — En février 1840, se présentait à la Clinique de l'habile professeur P. Dubois, de Paris, une femme, de 41 ans, grosse de deux jumeaux, qui, depuis 16 ans, n'avait plus fait d'enfants. Elle souffrait de palpitations du cœur, de dyspnée et d'œdème des membres et des parois abdominales. Parvenue au dernier terme de la grossesse, elle présentait des symptômes de prédisposition à l'éclampsie. Cela engagea le professeur à lui prescrire 46 gr. de seigle ergoté, en quatre prises. Peu de temps après, se firent sentir les douleurs, et le lendemain matin elle était accouchée. Durant le travail, les accès d'éclampsie, que l'on craignait, se montrèrent, et à leur apparition les douleurs s'apaisaient (ce qui nous arriva aussi, ainsi que nous l'avons dit précédemment); mais ensuite, à l'avantage de la patiente, elles s'exaspérèrent, tandis que les convulsions devenaient moins fréquentes.

Le même professeur Dubois a fait connaître à l'Académie de médecine de Paris l'observation d'une naine, accoutumée à accoucher au moyen du forceps, et de laquelle Chailly dit que le pro-

fesseur Dubois, « pour éviter toute opération, résolut de provoquer l'accouchement prématuré. » — Le *seigle ergoté ici* fut donc administré avant toute douleur, au terme de huit mois environ ; et peu de temps après, un travail régulier se manifesta.

Obs. XLI. — (Du professeur Alliprandi.) — N. N., âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien conformée, parcourt heureusement les premiers mois de sa troisième grossesse. Les gestations antécédentes s'étaient terminées d'une manière assez précoce, sans cause appréciable d'une semblable aberration de la nature chez une femme habituellement saine et qui n'avait commis aucun excès, ni éprouvé aucun accident. La nouvelle grossesse était parvenue vers le milieu de son cours, quand par suite de l'élévation de l'utérus et de la pression qu'il exerçait sur les vaisseaux abdominaux, ainsi que probablement par d'autres causes qui peut-être firent naître une condition phlogistique dans les viscères thoraciques, vint à surgir une grande difficulté de respirer, qui fut combattue par sept saignées et d'autres remèdes analogues. De cette manière, ce symptôme incommode et grave se trouvant, si non entièrement vaincu, du moins mitigé, la femme arriva « *tant bien que mal* » à la fin du septième mois de sa gestation.

La dyspnée reparut plus violente qu'auparavant. Ce fut alors que la malade demanda à entrer à notre hôpital de la Maternité. Elle fut admise dans la Clinique le 3 mars de l'an dernier.

On la saigna de nouveau jusqu'à trois fois. Rémittence, puis recrudescence. Les extrémités, surtout les inférieures, redevinrent œdémateuses. En outre, toux très-incommode, et parfois expectoration sanguinolente. Deux vésicatoires aux jambes et l'usage à l'intérieur de l'extrait de laitue cultivée produisirent du soulagement; et celui-ci fut tel et si prolongé, que la malheureuse, ayant repris un peu d'espoir, put atteindre au neuvième mois de la grossesse. On se flattait que cette femme pourrait en voir le terme ; mais, à cette époque, la dyspnée acquit tout à coup une violence extrême, sans autre cause manifeste que le progrès de la gestation.

Lèvres livides, face injectée, parole interrompue, angoisses extrêmes, menace de suffocation, pouls à peine sensible et irrégulier. (Nouvelle saignée, mais sans avantage.) Les élèves de la Clinique et moi fûmes d'avis de provoquer l'accouchement prématuré. Il n'y avait presque aucune espérance de sauver le fœtus, de la vie duquel, depuis plusieurs jours, ni la mère, ni l'accoucheur n'avaient des sensations distinctes; mais on avait au moins une espérance fondée de conserver la mère, car, malgré la grave dyspnée dont elle était affectée, elle ne paraissait pas atteinte de

vices organiques des organes thoraciques. — Seulement, il y avait lieu de soupçonner, d'après certains signes rationnels sensibles, qu'il existait une léger épanchement de sérosité dans la cavité des plèvres. Ayant embrassé ce parti, et vérifié d'abord le mode de présentation du fœtus, dont on distingua la tête à travers la paroi antérieure de l'utérus, (vérification absolument nécessaire pour s'assurer que l'accouchement, provoqué par l'art, pouvait ensuite s'achever spontanément), on prescrivit le seigle ergoté en lavement, donnant la préférence à la voie du rectum, de crainte que l'estomac, par suite de la gêne de la respiration, ne tolérât pas le remède. Avec une demi-once de seigle ergoté infusé dans 10 onces de décoction de graines de lin, on prépara deux lavements, dont le premier fut administré le 5 avril, vers midi. Une heure s'était à peine écoulée, que la femme éprouvait quelques douleurs dans les reins et à la partie antérieure du bas-ventre; mais ces douleurs étaient légères et non bien déterminées. A deux heures après midi, on administra l'autre lavement. Bientôt après, l'effet local augmenta, tandis que l'accroissement de l'action du pouls et de la chaleur cutanée semblait indiquer un degré considérable de stimulus, porté sur l'économie entière, que chacun, suivant son opinion, pourra attribuer, ou à l'action principale du seigle ergoté, ou plutôt au travail déjà commencé, puisque l'on peut raisonnablement penser qu'un phénomène d'irritation spéciale, produit par un contro-stimulus éveille secondairement des phénomènes d'excitation de plus en plus prononcée. Quoiqu'il en soit, l'action de l'utérus durant les premières heures était devenue si forte et si douloureuse, qu'elle paraissait presque convulsive. La femme se plaignait surtout de violentes souffrances dans les reins, et manifestait une agitation extraordinaire, sans que l'orifice utérin présentât pourtant un degré de dilatation correspondant à une action si pénible. Il nous sembla qu'il y avait alors indication de recourir à un bain tiède. En conséquence, la malade y fut placée vers onze heures du soir, et y resta pendant environ une heure. Il s'ensuivit une diminution de l'agitation générale, et en outre, l'effet local du remède devint si régulier et si harmonique, que la patiente, sortie du bain vers minuit, accoucha spontanément une demi-heure après. Quelques instants avant la délivrance, les membranes s'étaient rompues avec évacuation de la quantité accoutumée des eaux amniotiques.

Malgré des exemples si patents de la puissance du seigle pour exciter les contractions utérines, d'autant plus facilement que l'utérus se trouve être le centre d'un plus grand surcroît de circulation, nous répéterons, avec le professeur Dubois, qu'il ne peut tou-

jours réussir dans toutes les circonstances : *Il échoue souvent dans les cas qui semblent les plus favorables ; de là les nombreuses contradictions et dissidences d'opinion à cet égard.*

Et ces dissidences, mentionnées par cet illustre professeur, existèrent toujours relativement aux médicaments les plus actifs, sans en excepter la saignée, parce que celle-ci n'éteint pas toutes les inflammations, de même que le quinquina et la strychnine ne guérissent pas toujours les fièvres intermittentes et les paralysies. Et quelques contradictions par rapport à notre seigle pouvaient d'autant plus facilement surgir, qu'il existe des preuves incontestables de sa puissance pour empêcher l'avortement même, loin de le provoquer.

Plus tard, nous nous occuperons de cette dernière circonstance. Nous nous bornerons ici à avancer que, ayant appris, de science certaine, que toutes les préparations et toutes les qualités du seigle ergoté ne se trouvent pas également efficaces, et qu'il n'est pas un agent spécifique ou immédiat de l'utérus, nous en déduirons les inductions suivantes :

1° Les expériences, en très-grand nombre, faites avec les infusions, les décoctions, les extraits aqueux, sont douteuses ; à moins qu'elles n'aient été exécutées avec des doses proportionnellement plus élevées ; 2° les conditions ci-après sont nécessaires pour obtenir les contractions utérines avec le seigle ergoté : 1° la mort ou quelque maladie du fœtus qui le rende un stimulus anormal pour l'utérus, comme par exemple, d'un fœtus à terme ; 2° quelque maladie ou quelque désordre de l'utérus, suite d'avortements antérieurs, de métrites par l'usage du forceps ; 3° quelque autre maladie de la femme en travail, spécialement si elle a son siége dans le système sanguin, affection qui, par loi de sympathie, se porte aussi sur l'utérus, que cette maladie soit ou ne soit pas occasionnée par l'usage prolongé du seigle ergoté.

Maintenant, si nous rassemblons tous les cas les plus avérés d'avortement, nous nous apercevrons qu'ils sont tous, sans exception, associés aux circonstances sus-énoncées.

Dans les cas de Courhaut, nous trouvons l'effet de l'usage alimentaire du seigle ergoté continué pendant plusieurs jours ; en sorte que l'avortement succéda à l'altération profonde de l'organisme, c'est-à-dire du système sanguin. — Ceux de Dubois et d'Alliprandi étaient des cas de graves affections organiques, spécialement du système sanguin.

Le seigle ergoté ne peut donc toujours provoquer les contractions utérines, à quelque époque que ce soit de la grossesse, à moins que ce ne soit en certaines circonstances particulières. Par

contre, son action, dans le travail de l'accouchement, est beaucoup plus puissante et plus prompte, ainsi que l'attestent des milliers de cas d'effet favorable, rapportés par une foule de praticiens dignes de foi, de toute nation, observations qui se trouvent enrégistrées dans toutes les annales de médecine, et peuvent fermer la bouche au petit nombre de ceux qui, pour faire usage du seigle ergoté, exigeraient qu'il fût toujours très-actif et sans danger, c'est-à-dire qu'il fit exception aux lois naturelles de tout médicament. Toutefois, aujourd'hui que l'usage du seigle ergoté est familier à tous les accoucheurs, et que quiconque a été témoin des désordres, produits par l'atonie de l'utérus, a acquis des preuves multipliées de l'efficacité incontestable de cette substance, nous ne mentionnerons qu'un petit nombre de faits tirés de nos observations et quelques autres empruntés de préférence aux recueils étrangers, et qui, vraisemblablement, doivent être les moins généralement connus et usités en Italie.

Devant d'abord parler des expériences faites sur les animaux, nous rappellerons que, même chez eux, l'usage de l'ergot est ancien. Bordot nous dit que, dans le Dauphiné, l'usage de le donner aux vaches pour faciliter la délivrance date de loin; et que les médecins vétérinaires l'emploient ordinairement avec succès chez les femelles de beaucoup d'espèces d'animaux. Le même Bordot assure l'avoir donné à une chèvre sur le point d'accoucher, à la dose de 1 gros, avec un résultat satisfaisant. Dupuy, Percy et Laurent parlent de deux cas d'injection de sa décoction dans les veines de deux vaches, qui les fit immédiatement mettre bas.

Maintenant voici nos résultats.

(La suite à un prochain numéro.)

Quelques remarques sur le Chloroforme,

employé comme narcotique dans les maladies des vieillards;

Par le docteur Victor Uytterhoeven.

L'hospice des Vieillards, appelé Grand-Hospice de l'infirmerie du Béguinage, l'un des plus beaux édifices de Bruxelles, offre aux praticiens un champ d'observations spécial des plus riches et des plus utiles.

Sept à huit cents vieillards des deux sexes y sont admis pour le restant de leurs jours. Ils sont logés, nourris et habillés aux frais de l'Administration générale des Hospices; la plus bienveillante sollicitude préside à leur conservation personnelle.

Le plus grand nombre de ces Vieillards, jouissant d'une bonne santé, doivent leur admission à leur grand âge. D'autres la doivent à des infirmités ou à des maladies incurables.

Quelques chambres particulières sont destinées à des payants ; un pavillon isolé est affecté au traitement des cancéreux ; enfin, les maladies ordinaires y sont traitées dans une infirmerie générale.

L'observation des faits y est recueillie avec le même soin qu'aux hôpitaux généraux. La maladie a-t-elle une issue funeste, l'autopsie vient dévoiler les altérations organiques qui peuvent avoir contribué à enrayer les fonctions vitales, à occasionner la mort.

Je n'ai pas mission de faire ressortir les avantages que présente, pour l'étude de l'homme aux limites de l'existence, un théâtre si vaste, si varié des dernières misères humaines; ni de livrer à la publicité soit des déductions hygiéniques que j'aurais pu y puiser, soit la série complète des nombreuses affections morbides qui s'y sont offertes à mon observation.

Mais en entrant dans quelques détails relatifs à la destination spéciale d'un hospice dont les malades sont confiés à mes soins, j'ai eu en vue de faire ressortir la possibilité où se trouve le médecin d'observer avec bonheur, dès leur invasion et jusqu'à leur terminaison, heureuse ou funeste, toutes les maladies qui s'attaquent aux pensionnaires de ce vaste Établissement, afin que les faits intéressants, que je me propose de jeter successivement dans le domaine médical, puissent être considérés comme vrais et obtenir une valeur thérapeutique réelle.

Après ces considérations préliminaires, je crois pouvoir me permettre de communiquer à mes confrères le résumé d'un certain nombre d'observations sur l'action du *chloroforme* (1), administré à des Vieillards pour combattre l'insomnie qui les affligeait si vivement.

Certes le perchlorure de formyle, le chloroformyle ou le perchloride de formyle (synonymie qui d'ailleurs n'est pas à dédaigner dans la pratique médicale), le chloroforme enfin, pris à l'intérieur, est loin de produire les effets aussi prompts qu'extraordinaires qui ont été signalés par le docteur Simpson à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, effets dont on tire un si brillant parti dans les opérations chirurgicales.

Loin de moi la pensée de vouloir préconiser, pour atteindre *le même but*, l'introduction dans l'économie animale d'une substance si prodigieusement active! Mais administré avec la prudence qu'exige le maniement de toutes les substances énergiques en usage en méde-

(1) Le chloroforme m'a été livré par mon collègue M. Pasquier, professeur de pharmacie à l'Université de Bruxelles.

cine, le chloroforme devient un médicament des plus sûrs pour obvier à l'insomnie qui complique les maladies des Vieillards.

Sans insister sur sa saveur sucrée et son odeur agréable qui rappelle celle de la pomme de reinette, je dirai tout d'abord que les vertus narcotiques de cette précieuse substance se sont manifestées à la dose de quatre à quinze gouttes, mélangées à un mucilage de quatre à six onces suivant les indications ; qu'exempte des inconvénients reprochés aux opiacés, elle a provoqué le sommeil le plus doux sans laisser de traces de congestion cérébrale : que dans quelques cas elle a diminué la fréquence du pouls et ralenti les mouvements du cœur, et que, dans aucun cas, elle n'a fatigué l'estomac, ni occasionné la constipation. Les malades, dont l'insomnie a été si avantageusement combattue au moyen du chloroforme, étaient atteints de :

1° Bronchite épidémique ;
2° Asthme périodique ;
3° Bronchite chronique ;
4° Rétrécissement auriculo-ventriculaire avec épanchement pleurétique et anasarque ;
5° Broncho-pneumonie chronique ;
6° Phthisie sénile ;
7° Céphalalgie habituelle et bronchite chronique
8° Gastrite légère et pleurodynie ;
9° Pleuro-pneumonie chronique ;
10° Pneumonie, 2e degré ;
11° Bronchite sub-aiguë et emphysème pulmonaire ;
12° Gastro-entérite sub-aiguë avec hallucinations, loquacité incessante.

Le sommeil a été plus ou moins profond et d'une durée variable. J'ai obtenu plus d'effet en faisant prendre dix gouttes, par exemple, dans un mucilage de salep, par cuillerées, de deux en deux heures, qu'en administrant la même dose en deux fois, vers le soir, dans l'intervalle d'une heure.

Après deux ou trois jours d'usage, l'action du médicament paraissait s'affaiblir. Mais, en augmentant la dose précédemment prescrite, le résultat répondait de nouveau à mon attente.

D'autres fois, pour ne pas exagérer les doses, je renonçais au médicament pendant un, deux ou trois jours. L'insomnie se reproduisait-elle, je revenais à la dose ordinaire et le sommeil reparaissait.

Les malades, *chloroformisés* pendant une grande partie de la nuit, se réveillaient vers le matin ayant la tête libre, sans abattement, lassitude ou faiblesse musculaire. Ils n'accusaient ni tintements d'oreille, ni trouble de la vision. Des rêves bizarres ont récréé deux des malades, mais je n'oserais les attribuer au *chloroforme*. L'appareil de la circu-

lation a été médiocrement influencé ; cependant lorsque les causes de l'accélération du pouls ou de la fréquence des battements du cœur n'étaient pas trop puissantes, j'ai pu me convaincre que le nombre des pulsations artérielles diminuait pendant l'usage du chloroforme.

Deux malades ont eu la langue plus sèche et de la soif. Deux autres se sont plaints, l'un d'un sentiment d'astriction dans le pharynx, l'autre d'un goût soufré dans le fond de la gorge. Mais il faut dire que ces derniers avaient négligé de secouer la potion avant d'en prendre ; précaution indispensable si l'on veut éviter l'accumulation du perchloryde au fond du véhicule.

Les sécrétions bronchiques ont été favorisées chez les uns, supprimées, ou diminuées chez les autres; mais les quintes de toux ont toujours été avantageusement combattues.

Le perchloryde de formyle n'est pas plus défavorable au jeu normal de l'appareil digestif qu'aux organes de l'innervation ou de la respiration. En effet, dans aucun cas, et quel que fût le régime des malades, il n'a troublé l'acte de la digestion. Il n'a déterminé ni vomissements, ni nausées. Les évacuations alvines, loin d'être entravées, ont paru se faire plus régulièrement. même sous l'influence de son action, quoique la constipation, si ordinaire aux vieillards, fût chez la plupart d'entr'eux favorisée par l'obligation de garder le lit.

Je n'ai eu qu'une seule occasion d'administrer le chloroforme à un jeune homme, et ce fait a semblé confirmer mes présomptions que sa puissance narcotique devait être beaucoup plus grande chez les sujets jeunes, et atteints de maladies moins compliquées que les septuagénaires et les octogénaires qui font le sujet de mes observations. Il appartient à d'autres qu'à moi d'examiner cette importante question sous ce point de vue. Quant à moi, je poursuivrai le cours de mes observations à l'hospice des vieillards, et je rendrai probablement compte des résultats que j'aurai obtenus, s'ils me paraissent dignes de figurer parmi les nouvelles médicales intéressantes.

En attendant je crois pouvoir conclure de ce qui précède, que le chloroforme, substance plutôt narcotique qu'antispasmodique, est un médicament d'une grande utilité pour soulager les vieillards sous le poids de l'insomnie.

Nous attendons de M. le docteur V. Uytterhoeven les observations des cas où il a fait emploi du chloroforme.

JUILL. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	762,07	+14,8	+17,0	+12,4	92,5	»	N.-NO.	Sombre.
2	762,33	+14,6	+24,4	+10,6	93,5	0,07	NO.	Variable, nuageux.
3	759,98	+14,0	+21,3	+10,8	96,0	»	N.-NNO.	Nuageux ; beau le soir.
4	758,73	+16,2	+26 5	+10,5	93,5	»	NNO.-NE.	Très-beau.
5	757,03	+21,4	+28,7	+13,4	83,5	»	E.-O.	Très-beau, chaleur.
6	756,24	+23,1	+29,2	+17,5	87,0	»	SO.-NNO.	Très-beau, grande chaleur.
7	753,37	+25,9	+29,3	+16,5	81,0	»	E.-SO.	Beau, très-chaud; orageux dans le milieu du jour.
8	754,65	+22,4	+29,2	+16,7	95,0	8,91	NNE.-SSO.-NO.	Assez beau, averses par intervalles.
9	760,31	+20,1	+24,2	+14,4	88,0	0,13	SO.-O.	Beau.
10	763,25	+22,9	+25,3	+14,7	87,5	»	OSO.	Beau mais couvert; fort chaud.
11	762,24	+22,4	+27,4	+17,3	92,0	0,13	OSO.-O.	Très-beau, grande chaleur.
12	762,69	+24,8	+28,1	+17,0	92,0	»	OSO.-NO.	Très-beau, surtout le soir ; très-chaud.
13	763,30	+24,2	+29,7	+16,3	89,5	»	NO.	Légèrement nuageux, chaleur accablante.
14	763,24	+24,1	+29,2	+17,2	86,0	»	NNE.-N.	Beau, un peu menaçant ; soirée superbe.
15	761,45	+21,6	+28,1	+16,7	93,5	»	N.-NNE.	Très-beau.
16	758,76	+24,4	+30,2	+15,2	84,5	»	NE.	Superbe.
17	756,74	+27,0	+32,1	+17,4	73,0	»	NNE-SSE.	Beau, menaçant après-midi ; orage le soir.
18	756,73	+21,3	+24,7	+14,4	94,5	5,22	E.-NE.	Beau, mais couvert.
19	756,61	+19,9	+24,3	+13,0	91,0	»	ENE.-NE.	Assez beau.
20	752,99	+19,6	+23,0	+13,8	89,0	»	NE-NO.	Incertain.
21	755,78	+19,3	+24,2	+13,5	91,0	0,13	SO.	Beau ; orageux dans l'après-midi.
22	761,10	+20,0	+26,9	+14,2	90,0	1,40	SO.-OSO.	Beau ; le soir pluie.
23	762,93	+19,5	+22,3	+13,5	82,5	1,27	OSO.-NO.	Nuageux ; très-beau le soir,
24	760,96	+17,9	+24,1	+13,4	90,5	»	NO.-O.	Beau.
25	755,07	+18,2	+21,9	+10,9	82,5	»	NE.-ESE.	Beau ; vent sec assez fort l'après-midi.
26	752,18	+15,0	+19,1	+13,1	98,0	2,55	NNE.-NNO.	Pluvieux.
27	756,92	+18,8	+22,6	+13,3	88,5	1,53	NNO.-N.-NO.	Assez-beau; serein le soir.
28	759,05	+18,9	+24,6	+11,2	91,5	»	OSO.-ONO.	Nuageux.
29	758,30	+18,6	+21,3	+12,5	86,5	»	O.-NO.	Sombre le matin ; très-beau le soir.
30	760,48	+19.0	+27,9	+11,2	88,5	»	NO.-SE.-SO.	Très-beau ; un peu troublé le soir.
31	759,07	+20,7	+27,0	+16,9	76,5	»	OSO -NNO.	Très-beau.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1846-1847. — Nos 8 et 9.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Rapport de la Commission chargée d'examiner le Mémoire envoyé au concours, sur la question relative à l'influence que les marais et les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie, etc. — M. Broeckx, rapporteur.

Vous nous avez chargés, messieurs, de vous présenter un rapport sur ce travail. Nous venons aujourd'hui nous acquitter de notre mission, en vous faisant connaître le résultat de notre examen.

L'auteur a divisé son mémoire en deux parties. La première comprend quatre chapitres, la seconde n'en contient que trois. Dans une courte préface, l'auteur annonce qu'il ne s'étendra pas sur les matières connues, traitées avant lui dans les livres, et qu'il s'appliquera principalement à l'examen des sujets encore inconnus. Cette manière de procéder est sans doute la meilleure et épargnera des longueurs inutiles. L'analyse, que nous allons vous offrir, vous montrera jusqu'à quel point il a tenu sa promesse.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER. — *Constitution physique des polders et des marais.*

Après avoir donné la définition du polder, l'auteur établit que

toutes les parties du polder ne sont pas également nuisibles à la santé. Ainsi plus on s'éloigne de l'endroit par où les eaux entraient dans les *schoores*, plus le terrain devient miasmatique, et plus les maladies sont à redouter, parce que les matières organiques étant plus légères que les matières inorganiques, comme le sable et les pierres, sont portées plus loin vers le terme de l'impulsion auquel ont pu atteindre les eaux. L'auteur cite à l'appui le polder de Borgerweert à Zwyndrecht, près d'Anvers. Depuis la dernière inondation, en 1830, cette commune compte moins de fiévreux qu'avant cet événement.

Les fièvres seront plus fréquentes dans les polders formés par les eaux d'une rivière qui a un cours lent, que dans ceux qui se trouvent à côté d'un fleuve dont le courant est rapide.

Il existe une différence entre un nouveau et un vieux polder : le premier est constamment nuisible ; l'auteur cite à l'appui de cette assertion les polders nouvellement endigués de Ruysbroeck, Lillo, Borgerweert, où les fièvres sont devenues très-fréquentes. Les vieux polders engendrent plutôt les maladies strumeuses. De là, l'auteur tire la conclusion pratique, que plus un polder a d'années d'existence, moins il produira de fièvres d'accès et *vice versâ*.

Les polders, situés près de la mer et peu environnés d'arbres, sont moins malsains que ceux qui sont situés dans l'intérieur. C'est ainsi qu'à Kieldrecht, et principalement au Cauter, hameau de 500 âmes, on ne compte pas seulement des scrofuleux, mais des habitants aux formes plus développées. Il en est de même de Groningue en Hollande.

Après avoir traité des polders, l'auteur étudie les marais. Il croit que nos marais ressemblent tellement à ceux de France, qu'il ne peut faire mieux, dit-il, que de citer des passages de l'ouvrage de Monfalcon.

La constitution des polders et des marais est passablement bien tracée. La météorologie des vents, des pluies, de la température humide, chaude et froide, y est à peine effleurée. Nous eussions désiré ici une description topographique de nos polders et de nos marais. On y cherche en vain un mot sur les flasques d'eau de nos bruyères nommées *vennen* et dont plusieurs communes ont tiré leurs noms.

Dans ce premier chapitre, on trouve beaucoup d'érudition. Cette remarque est applicable à tout l'ouvrage, mais ce qui est extraordinaire, c'est que l'auteur ne paraît pas être au courant de la littérature médicale belge. En effet, parmi les vingt auteurs cités dans ce premier chapitre, nous n'y trouvons qu'un seul belge,

c'est Vandenbogaerde. Nous croyons cependant que les ouvrages de Herman Vanderheyden, de Van Bavegem, de Van Rotterdam et d'un grand nombre de contemporains eussent pu être mis à profit.

Chimie. Après avoir donné la constitution physique des polders, le concurrent croit utile de traiter de la chimie de ces mêmes lieux ; mais la science n'étant pas plus avancée sur la nature du miasme que sur celle de la putréfaction, il se borne à l'observation pratique et admet, avec un grand nombre d'auteurs, que le miasme marécageux des fièvres est un produit de la putréfaction des matières organiques que contient le sol de ces lieux et qui, à demi-dissoutes, émanent dans l'air. Avant de terminer, l'auteur donne les résultats obtenus par la chimie sur la nature du miasme. Quant aux nombreux autres points, il promet de les traiter là où la nécessité le réclamera.

Ce chapitre contient de bonnes choses, mais il est loin d'être complet.

CHAPITRE II. — *Influences qu'exercent les marais et les polders, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie.*

L'auteur passe en revue les causes d'insalubrité des polders. Il examine les effets des inondations, leurs suites, les vapeurs aqueuses froides qui, dans les polders, produisent, en quelque sorte, la constitution régnante, qui complique et modifie les épidémies, et qui impressionne tellement la constitution des habitants qu'il en résulte une prédisposition à contracter les maladies goutteuses et strumeuses. Les résultats de ces influences sont : faiblesse générale, empâtement des tissus, teint blafard ou constitution qui, bien que sanguine, est caractérisée de veinosité très-marquée ; lenteur des mouvements, impressions peu senties, manifestations peu énergiques des actes intellectuels et moraux ; passage fréquent des fièvres intermittentes aux continues, fièvres catarrhales, rhumatismales et muqueuses, diarrhées fréquentes et maladies de nature scrofuleuse et goutteuse, flueurs blanches, hémorrhagies passives, engorgements des tissus glanduleux, œdèmes, hydropisies, hypertrophie et ramollissement de la rate et du foie, surcroît de l'action de la veine-porte, mortalité grande, surtout chez les enfants.

Ces caractères physiques et moraux diffèrent toutefois suivant les climats, les sites des marais et des polders ; mais la faiblesse est le signe caractéristique qu'on retrouve le plus communément dans toutes les constitutions des habitants de ces contrées ; elle se

fait remarquer dans tous les tissus. Il y a cependant d'heureuses exceptions à la règle générale.

Dans un paragraphe intitulé : *Des émanations marécageuses fébrifiques*, l'auteur examine les diverses émanations des polders, et pense que les foyers de la fièvre intermittente existent partout où l'on trouve des eaux stagnantes, qui ne sont que les débris des plantes qui croissent sur les bords ou dans la vase même de ces eaux. Cela est si vrai, dit-il, que vous pouvez à volonté produire et arrêter les épidémies de fièvres intermittentes dans le village le plus sain, en y établissant, dans les grandes chaleurs, des routoirs, et en les détruisant. Cet effet du rouissage du chanvre est une preuve certaine que les fièvres intermittentes sont le produit des seules émanations des substances végétales en putréfaction. D'après nous, le concurrent attache trop d'importance au rouissage, et nous ne pouvons adopter sa manière de voir, car l'observation ne la confirme pas.

Plus loin, il examine l'influence de la chaleur, de l'humidité, de l'électricité, de la lumière, des vents, et les vicissitudes de l'atmosphère. Il traite aussi du desséchement et de son influence, et donne l'histoire des épidémies qui ont désolé les polders de notre pays.

Comment les miasmes s'introduisent-ils dans l'économie par la peau et par les membranes muqueuses digestives et respiratoires ? Suit un hors-d'œuvre sur l'incubation des fièvres tiré des ouvrages des médecins de Paris.

Ici les documents fournis par les médecins belges, surtout depuis douze ans, sont passés sous silence, et l'auteur invoque l'appui des médecins étrangers à notre pays. Nous devons toutefois avouer que, si l'auteur cite continuellement les ouvrages de Monfalcon, Ypeq, Edwards, Currie, Brachet, Nepple, Rigault, Bartels, Londe, Deslandes, Munck, Julia, Humboldt, Chomel, et quelquefois les noms de MM. Guislain et Gouzée, il traite la matière en véritable érudit et n'accepte pas, sans un examen critique, les observations de ces médecins. La question des émanations fébrifiques est très-bien traitée, mais il y a ici plusieurs lacunes : il ne dit pas un mot des maladies des femmes et des enfants. On dirait que cette partie des habitants vit à l'abri des causes météorologiques générales, lesquelles cependant ne laissent pas que d'apporter certaines modifications importantes aux affections morbides propres au sexe féminin, à l'enfance, à l'adolescence, ainsi qu'à cette époque critique de la vie qui forme, pour ainsi dire, la transition de l'adolescence à la puberté. L'écrivain aurait dû s'occuper ici de recherches statistiques relatives à la durée de la vie et à la mortalité observées dans ces lieux, comparativement à ce qui se passe dans

les localités semblables des pays limitrophes. On y cherche en vain quelque chose concernant ce point de la question; c'est une grande lacune dans la solution de cet important problème.

CHAPITRE III. — *Des fièvres endémiques et épidémiques dans les marais et les polders de la Belgique et des pays limitrophes.*

Les fièvres observées dans ces lieux sont de nature diverse : les unes appartiennent au climat; de ce nombre sont les fièvres catarrhales, rhumatismales, muqueuses, etc. ; les autres sont les fièvres miasmatiques. Ces deux sortes de fièvres y règnent endémiquement; les premières dépendent de la constitution médicale stationnaire ; les secondes, quoiqu'elles y règnent de même épidémiquement, sont plus incertaines, plus accidentelles et dues à la constitution miasmatique de l'air. Les unes et les autres peuvent dominer quand elles sévissent ensemble, ou se modifier et se compliquer mutuellement.

L'état inflammatoire est ici moins franc que chez les habitants des montagnes et tend plus tôt à la chronicité.

Les fièvres intermittentes, dans ces lieux, ont particulièrement pour caractères, de modifier le sang en lui donnant une crase veineuse, puis des embarras des voies gastriques et l'hypertrophie de certains organes parenchymateux. D'après notre écrivain, les fièvres intermittentes sont, dans ces lieux, des maladies générales dès leur invasion, ou ce qui est plus certain, après quelques accès. Cela explique pourquoi un individu, qui a été longtemps affecté de fièvre intermittente, a besoin, pour se rétablir entièrement, d'un long espace de temps.

L'auteur se livre ici à trois excursions parfaitement inutiles : l'une sur la nature de la périodicité, l'autre sur la lésion des systèmes nerveux dans les fièvres d'accès, et la troisième sur l'explication de tous les symptômes qui accompagnent les fièvres paludéennes, tels qu'enduit jaunâtre et verdâtre de la langue, vomissement, constipation, diarrhée, etc.

Plus loin, il ajoute que le type qu'affecte la fièvre d'accès est en rapport avec le climat et la température de la contrée où on l'observe. Ainsi, dans les pays chauds, le type quotidien est beaucoup plus fréquent que les deux autres, et, à mesure qu'on avance vers le nord, on voit le type tierce augmenter et finir par dominer le quotidien.

Nous y rencontrons aussi une longue discussion sur la fièvre pernicieuse apoplectique, suivie de celle de l'opinion des médecins de Paris sur la nature et la réalité des fièvres intermittentes symptomatiques. L'auteur admet des fièvres intermittentes idio-

pathiques et symptomatiques ; ces dernières sont les exceptions. Cette opinion, empruntée aux médecins français, nous paraît absolument erronée. Ces derniers ont confondu certaines réactions fébriles, dues à la recrudescence ou à l'invasion d'une phlegmasie aiguë, avec la névrose intermittente, parce que cette réaction fébrile présente effectivement quelques symptômes du stade de froid et en même temps une sorte de périodicité. Nous ne pouvons admettre l'existence des fièvres intermittentes symptomatiques, car les faits bien observés ne la prouvent nullement.

Dans ce chapitre, on peut facilement se convaincre que l'écrivain a puisé à de bonnes sources ; il y a des rapprochements très-heureux entre les descriptions des maladies des marais et des polders en Belgique et les maladies analogues observées en Hollande, en France et en Italie.

Ce chapitre se distingue aussi par une érudition de bon aloi. On y lit successivement les noms de Bouillaud, Von Reider, Lancisi, Andral, Broussais, Boisseau, Bakker, Alibert, Nepple, Humboldt, Frank, Biachi, Pringle, Herr, Sebastian, Grant, Thuessink, Kremers, Suringar, Rayer, Von Autenrieth, Staub, Schmidt, Imminck, Strak, Weber, Hufeland, Brachet, Vanderhoeven, Sydenham, Morton, Boerhaave, Torti, Van Swieten, Roederer et Wagler, Gaspard, Monfalcon, Hecker, Villermé, Cullen, Londe, Lind, Maillot, Burke, Deckers, Deleboë, Blanc, Hamilton, Gastaldi, Raisin, Coutanceau, Volney, Alessandri, Massa, Hacci, Traversari, Cocchi, Lanzoni, Chevassieu, d'Audebert, Fodéré, Orlandi, Bailly, Pucinotti, Moris, James Johnson, Valentin, Devèze, Chervin, Huxam, Thyssen, Vrolick, Medicus, Lauter, Wichmann, Werlhoff, Magendie, Vavasseur, Pinel, Parkin, Roche, et seulement deux noms belges, ceux de nos collègues MM. Guislain et Van Coetsem, comme si les travaux de nos compatriotes n'étaient pas arrivés jusqu'à lui.

CHAPITRE IV. — *Du tempérament lymphatique, des affections scrofuleuses, goutteuses, etc., en rapport avec l'influence des marais et des polders.*

L'air froid et humide de nos polders cause le tempérament lymphatique, qui, quoique compatible avec l'état de santé, est néanmoins un grand acheminement vers la maladie strumeuse, et généralement vers toutes les affections organiques que causent les influences des marais et des polders.

L'auteur explique trop longuement les relations des fonctions des organes splanchniques internes avec celles de l'enveloppe cutanée. Il tâche de prouver que l'azote de l'atmosphère absorbé par

l'économie et retenu par elle est la cause prochaine de l'affection scrofuleuse et de toutes celles de même nature qui règnent dans les polders. Il entre à ce sujet dans des détails extrêmement longs et même fatigants.

Il explique, au moyen de la viciation de l'hématose par l'azote, le crétinisme, le goître, la maladie de Bright, la gravelle, les calculs et la goutte. La maladie de Bright est, dit-il, très-fréquente dans nos marais et surtout dans nos vieux polders. A ce sujet, nous dirons que notre observation ne confirme pas l'assertion de l'auteur.

Une maladie très-commune aux lieux dont nous traitons, c'est encore, d'après lui, la goutte. Elle est tellement endémique aux polders et surtout aux polders boisés, qu'elle n'attaque pas seulement l'homme adulte, mais même la femme et l'enfant. Cette assertion nous fait voir que l'auteur confond la goutte avec le rhumatisme articulaire et musculaire. Nous devons à la vérité de dire que nous avons rencontré dans nos polders peu d'hommes atteints de la véritable goutte, et que nous n'y avons jamais vu cette maladie chez les enfants et les adolescents.

Bien que ce chapitre renferme des choses intéressantes, il y règne une grande prolixité. Nous devons encore répéter qu'on y chercherait en vain un mot sur les maladies des femmes et des enfants et sur les modifications qu'elles y doivent nécessairement subir.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER. — *Moyens propres à neutraliser l'influence des marais et des polders sur la santé et sur la durée de la vie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées.*

Dans ce chapitre, l'auteur traite des foyers d'émanations, des émanations elles-mêmes, des personnes soumises à leur influence et à l'air de ces lieux.

Le premier remède pour assainir les polders, c'est l'écoulement facile des eaux.

Les *schoores* sont-ils nuisibles? L'auteur se déclare pour la négative, parce que les schoores ne sont à découvert que pendant cinq ou six heures par jour, et qu'une grande quantité d'eau s'oppose à la fermentation putride. Il cite, à l'appui de sa thèse, le polder de Borgerweert, situé vis à vis d'Anvers, et qui, inondé de 1830 à 1833, ressembla alors à un *schoore* sans qu'il produisît plus de fièvres.

Les schoores peuvent être convertis en polders, mais par petites étendues à la fois. L'auteur se demande ce qu'il faudrait faire si,

après la création d'un ou de plusieurs nouveaux polders, ou de ceux longtemps submergés, dont les brèches dans les digues viennent d'être réparées, une forte épidémie de fièvres paludéennes venait à se déclarer. Il faudrait, dit-il, agir avec promptitude et une Commission *ad hoc* devrait immédiatement provoquer l'inondation, parce que l'humidité empêche le développement des miasmes marécageux.

Se fondant sur des expériences de Meyer et de Tréviranus, par lesquelles il tâche de prouver que les plantes dégagent beaucoup de gaz acide carbonique et absorbent l'oxygène, il en tire la conclusion que l'utilité de planter des arbres dans les polders est loin d'être prouvée, tandis que les mauvaises qualités que ces derniers impriment à l'atmosphère est un fait qu'on ne saurait contester ; il fait observer, dans l'intérêt de l'hygiène générale, que la plantation des arbres avec excès, comme cela a lieu généralement dans le pays de Waes, est beaucoup plus dangereuse qu'utile, qu'il faut en user avec parcimonie et seulement à distance des habitations, dans des endroits limités et nuisibles par des émanations paludéennes attachées à ces foyers restreints.

Toutes les mesures d'hygiène publique proposées dans ce chapitre sont excellentes; il y a peu à y ajouter. Quant à celles d'hygiène privée, elles sont en général bien exposées ; celles relatives aux *circumfusa*, *ingesta*, *gesta*, *percepta* et *applicata* ne sont pas assez complétement développées, mais elles sont rationnelles et bien traitées.

CHAPITRE II. — *Acclimatement contre les causes des scrofules.*

Le seul acclimatement possible, dans nos contrées, contre l'influence qui produit la scrofule, consiste dans les modifications propres à activer l'action des organes qui président à l'hématose ; si cette fonction est normale, elle réagit favorablemet sur l'organisme, d'où résultent la force et le développement de tous les organes. Cet acclimatement n'est toutefois que relatif, comme il l'est contre toutes les influences qui comptent l'azote pour principe morbifique, dans les marais et les polders. Ainsi, les habitants de ces contrées auront soin de stimuler leur moral et leur physique, ce dernier surtout, par une bonne nourriture, des vêtements appropriés, des mouvements musculaires, etc., moyens qui doivent varier selon les classes de la société.

Ce chapitre renferme de bonnes idées sur cette question intéressante, mais c'est plus spécialement dans le suivant que l'auteur fait preuve de connaissances pratiques très-étendues.

CHAPITRE III. — *Acclimatement contre l'influence des émanations fébrifiques dans les marais et les polders.*

L'auteur commence par passer en revue les points les plus importants des sujets traités antérieurement, en les rapportant toutefois à l'acclimatement, afin de suppléer aux lacunes laissées dans les chapitres précédents.

L'acclimatement est le préservatif le plus puissant contre l'influence des émanations marécageuses fébrifiques. Mais quelle est cette action de s'habituer au climat des marais ? Pour arriver à la solution de ce problème, l'auteur appelle à son secours toutes les données scientifiques connues, les discute avec un talent remarquable, et fait prévaloir ses idées et son expérience dans cette matière.

L'acclimatement n'est pas un préservatif infaillible; il n'est pas absolu, il est seulement relatif. L'auteur réfute ici les écrivains qui attribuent cet acclimatement à l'habitude.

Les accclimatés offrent les modifications suivantes : couleur terne ou cyanosée de la peau, veines prononcées, hypertrophie des muqueuses, très-sujettes aux affections aphtheuses, aux hémorrhagies passives, grande veinosité dans tout le système sanguin, hypertrophie du foie et de la rate et généralement du système de la veine-porte, faiblesse constitutionnelle, etc.

Cet état constitutionnel dans l'organisme est produit, selon lui, par l'action longtemps continuée de l'acide carbonique, concurremment avec celle de l'air froid qui empêche le dégagement de ce gaz.

L'acclimatement, proposé comme moyen très-efficace pour neutraliser les influences des polders et des marais, est certain et a lieu dans les deux circonstances ou conditions ci-dessus indiquées. Il est à notre connaissance que des individus de l'un et de l'autre sexe, nés ou résidant depuis quelques années dans nos contrées marécageuses, après avoir lutté pendant six ans et au delà contre les effets délétères des causes morbifiques, ont fini par sortir victorieusement de cette lutte et ont atteint un âge fort avancé. Le nombre de ces heureux n'est pas si restreint qu'on pourrait le croire.

L'auteur du Mémoire tâche de prouver que l'acclimatement s'effectue ici par un changement notable et successif, lentement opéré dans l'économie, et dont le résultat est une sorte de métamorphose dans la constitution physique et dans les fonctions les plus essentielles à la vie. Alors il se forme presque un homme *nouveau*, dont la vie physique résiste avantageusement à toutes les causes paludéennes auxquelles elle est constamment exposée.

Sans adopter à la lettre toutes les explications théoriques données par ce médecin, l'acclimatement dans les deux conditions sus-mentionnées nous paraît évident et digne des méditations de nos confrères. Les recherches, auxquelles s'est livré l'auteur du Mémoire, montrent clairement qu'il a fait une étude consciencieuse de ce grand moyen hygiénique. Il est le premier et le seul, que nous sachions, qui ait soulevé cette intéressante question, dans la discussion de laquelle il a apporté tous les arguments plausibles puisés dans les ouvrages modernes qui ont à peine effleuré la matière, ainsi que dans une longue expérience et une observation assidue des faits.

Lorsqu'on examine attentivement l'ensemble du Mémoire, on doit convenir que l'auteur est parfaitement initié à toutes les conditions pathogéniques qui constituent l'influence malfaisante des marais et des polders sur la santé et sur la durée de la vie ; qu'il a écrit ce que lui ont appris à cet égard une longue expérience et le séjour dans les pays marécageux et dans les lieux de la Belgique convertis en polders, et qu'il est même allé bien au delà de ce que ses devanciers nous ont enseigné pour éclairer une question si grave et si étendue. Toutefois il a laissé dans son travail plusieurs lacunes que nous avons signalées. On ne peut lui contester une érudition très-grande et très-variée; les noms des auteurs, que nous avons fait connaître dans le chapitre troisième de la première partie, le démontrent suffisamment. Il est à remarquer qu'il cite trop souvent les médecins de Paris, peu compétents à l'endroit des maladies paludeuses, et qu'il mentionne à peine les écrivains belges, dont les publications toutes récentes renferment beaucoup de notions utiles dont il eût pu se servir avantageusement pour donner la solution la plus complète de la question mise au concours.

L'auteur se livre souvent à des discussions très-étendues, qui sont autant de digressions n'ayant pas le moindre rapport avec l'objet qu'il doit traiter : néanmoins, on doit lui rendre la justice de dire qu'il a le premier et le *seul* soulevé une question très-importante, celle de savoir si l'acclimatement n'est pas un moyen très-efficace pour détruire les effets désastreux, causés par la nombreuse cohorte des agents nuisibles dont l'action est presque constante dans les polders et les marais, et rendre l'économie humaine capable d'annihiler, sans interruption, les conséquences graves, produites par le concours d'un aussi grand nombre de puissances morbigènes observées dans ces foyers de miasmes paludéens.

La rédaction de l'œuvre scientifique, soumise à notre apprécia-

tion, laisse, en général, beaucoup à désirer. On y rencontre, dans divers endroits, des phrases obscures et inintelligibles, des expressions mal appropriées, voire même beaucoup de fautes d'orthographe; ces défauts, joints au manque d'ordre logique dans la succession des idées, rendent la lecture du Mémoire fatigante et ne permettent pas toujours de bien saisir l'opinion de l'écrivain.

En résumé, messieurs, si le but du concours n'a pas été entièrement atteint, le travail soumis à notre appréciation est une dissertation remarquable qui a éclairci quelques-uns des points obscurs de la question, et sous ce rapport, il nous paraît digne d'une récompense.

Comme la question de l'assainissement des polders intéresse à un haut degré nos malheureuses populations des Flandres, l'Académie ne peut laisser échapper l'occasion de provoquer la solution de tous les points relatifs à cette importante matière. La question est pleine d'actualité; c'est concourir au but de l'institution de la Compagnie, c'est seconder efficacement les vues du Gouvernement, que d'appeler de nouveau les investigations des praticiens sur l'influence que les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie, et sur les moyens de neutraliser cette influence, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées.

A cet effet, la Commission a l'honneur de soumettre à votre sanction les propositions suivantes :

1° L'auteur du Mémoire, portant pour devise : « *In tenuitate copia,* » n'ayant pas donné une solution complète de la question proposée, le prix de 1,200 francs ne sera point décerné ;

2° Néanmoins, l'auteur s'étant livré à de nombreuses recherches, et ayant éclairci quelques points de la question, il lui sera accordé une médaille d'or de la valeur de 300 francs;

3° La question sera maintenue au concours pour 1849. (Adopté.)

Questions de concours. — L'académie, après en avoir délibéré, adopte les questions suivantes :

Pour le concours de 1848, sur le rapport de M. Thiernesse, organe de la sixième section :

« Rechercher les causes de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique* et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes ;

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Pour le concours de 1849 :

« Déterminer, par des expériences, les modifications que la fi-

brine éprouve pendant l'acte de la digestion. Quelles sont les voies d'absorption par lesquelles elle passe dans l'économie? Quels sont ses usages? »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

« Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

« Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

« Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

« Indiquer l'influence que les changements opérés depuis trois ans, dans le régime alimentaire, par suite de la crise des subsistances, ont exercée, quant au caractère, à la fréquence, à la marche, à la terminaison et au traitement des maladies, tant sur les populations libres que sur celles des prisons et des établissements de bienfaisance. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

Pour le concours de 1851 :

« Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent, sur la composition et la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,500 *francs.*

L'Académie retire ensuite définitivement les questions suivantes du concours de 1847 :

Première question.— « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif.

« Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

Deuxième question.— « Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter.

« Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages distinctifs dans l'économie. »

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

AOUT. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	759,41	+20,1	+28,3	+14,2	95,0	»	NO.-E.	Beau.
2	754,34	+25,6	+30,5	+16,5	82,5	»	E.-S.	Superbe, très-chaud.
3	755,47	+17,9	+20,3	+11,4	95,0	»	O.-NO.	Superbe; se découvre le soir.
4	757,75	+16,3	+22 6	+ 9,2	86,5	»	O.-ESE.	Superbe.
5	750,74	+19,3	+24,4	+10,8	85,0	»	SO.-SSE.	Nuageux; orage l'après-midi, ensuite pluvieux.
6	742,74	+18,4	+22,6	+14.7	96,5	8,27	SSE.-O.	Pluvieux ; orageux.
7	752,63	+16,7	+22,3	+15,5	99,0	7,64	O.-SO.	Pluie le matin, ensuite nuageux.
8	755,03	+18,7	+20,7	+13,6	95,0	2,04	SO.	Variable, pluie par intervalles.
9	753,19	+16,8	+19,6	+11,8	90,0	1,91	SO.	Variable.
10	757,97	+17,1	+20,2	+11,2	91,0	0,07	SO.-S.	Assez beau, mais couvert.
11	761,40	+20,5	+24,7	+15,5	91,0	»	SSO.-SO.	Nuageux; le soir très-beau.
12	762,98	+22,2	+28,0	+14,4	90,0	»	SO.-SSE.	Superbe.
13	761,20	+23,7	+27,6	+17,2	92,5	»	NNO.	Beau.
14	764,15	+17,6	+23,1	+15,8	96,0	»	ENE.-NNE.	Assez beau.
15	761,34	+19,9	+29,9	+14,2	89,5	»	NNE.-NE.	Superbe, très-chaud.
16	757,97	+26,0	+30,4	+17,6	85,5	»	ESE. O.-OSO.	Superbe, très-chaud.
17	758,55	+22,6	+27,2	+19,1	96,5	»	SO.-OSO.	Très-beau.
18	760,79	+22,2	+28,1	+17,9	95,0	»	NO.-NNO.	Très-beau, fort chaud.
19	760,47	+20,1	+28,0	+16,0	95,0	»	NNO.	Magnifique ; brouillard le matin.
20	756,44	+20,9	+28,0	+17,1	87,5	»	NNE.-ENE.	Beau ; orage le soir.
21	754,92	+20,5	+25,9	+17,0	89,0	8,91	NO.-NNE.	Beau.
22	751,44	+20,2	+23,2	+16,1	89,0	»	NNE.-SO.	Variable.
23	752,64	+14,3	+16,6	+13,2	97,0	12,73	NO.-NNE.	Pluvieux toute la journée.
24	756,60	+12,8	+13,8	+11,4	99,0	47,48	NNE.	Pluie continue.
25	758,61	+12,5	+14,4	+11,2	99,0	29,53	NE.-N.	Sombre, pluie par intervalles.
26	758,89	+14,6	+19,0	+11,7	97,0	5,99	NO.	Pluvieux ; s'éclaircit le soir.
27	762,82	+17,8	+20,8	+11,8	90,0	0,76	NNO.-NO.	Beau.
28	765,82	+15,2	+20,1	+10,1	93,0	»	NO.-NNE.	Beau ; se couvre le soir.
29	761,36	+19,3	+22,3	+12,0	87,0	»	NNE.-ONO.	Nuageux ; nuageux après-midi.
30	758,25	+16.5	+19,0	+12,4	93,0	4,96	O.-ONO.-SO.	Variable.
31	756,62	+15,6	+18,9	+11,4	95,0	»	SO.-O.	Pluvieux.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLÉMINCKX.

NOMINATIONS DE MEMBRES HONORAIRES ET CORRESPONDANTS.

Membres honoraires :

MM. Bouley, médecin vétérinaire, membre de l'Académie royale de médecine de Paris ;
Carswell, médecin de S. M. le Roi des Belges ;
Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Élisabeth, à Anvers ;
Naeghels, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Ferrus, inspecteur général des établissements d'aliénés, en France.

Membres correspondants belges :

MM. de Bruyn, docteur en médecine, à Saint-Trond ;
Brasseur, docteur en médecine, à Genappe ;
Rossignol, docteur en médecine, à Bruxelles.

Membres correspondants étrangers :

MM. Diez, docteur en médecine, directeur de la maison de force et de correction, à Bruchsal (Grand-Duché de Bade) ;
Ferichs, docteur en médecine, à Aurich (Hanovre) ;
Payan, docteur en médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (département des Bouches-du-Rhône) ;
Renault, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie royale de médecine de Paris ;
Ricord, médecin en chef de l'hôpital des Vénériens, à Paris ;
Poujol, docteur en médecine, à Paris ;
Mêlier, docteur en médecine, secrétaire annuel de l'Académie royale de médecine de Paris.

Lectures. — Note, communiquée par M. Graux, *concernant l'autopsie du corps de la femme qui fait le sujet d'une observation intitulée :* « Métro-péritonite puerpérale, accompagnée d'une déchirure du col de la matrice faisant communiquer la cavité péritonéale avec le vagin, » lue par lui, dans la séance du 30 juillet 1843 (1).

« En dessous des dernières fausses côtes gauches, en dehors de la masse des muscles lombaires, existent deux ouvertures qui sont les orifices externes de deux trajets fistuleux. De ces ouvertures, la supérieure, qui est la plus grande, est située à quelques lignes en dessous de la dernière fausse côte; elle est la terminaison

(1) Voir *Archives de la médecine belge*, septembre 1843, p. 109.

d'un trajet fistuleux qui va aboutir au colon descendant, deux ou trois pouces plus bas que sa jonction avec le colon transverse; ce conduit va en s'élargissant à mesure qu'il se rapproche de l'intestin; sa continuité est interrompue, à sa partie inférieure et vers le milieu de sa longueur, par une ouverture qui fait communiquer cette fistule avec un vaste clapier.

« La seconde ouverture, qui se trouve à la peau, est située deux pouces plus bas que la première; elle est aussi plus petite, son trajet est sinueux à travers les muscles larges de l'abdomen, et elle aboutit directement dans le clapier.

« Le clapier s'étend du rebord des fausses côtes jusque dans le petit bassin; large et étendu à sa partie supérieure, il se rétrécit et ne se trouve plus être qu'une fistule, lorsqu'il est arrivé dans le petit bassin. Ce vaste clapier est formé en dehors par les muscles larges de l'abdomen, et en dedans par le péritoine pariétal décollé de ces muscles, et qui a contracté des adhérences avec le colon transverse et descendant, ainsi qu'avec plusieurs anses de l'intestin grêle; dans la fosse iliaque et dans le petit bassin, l'intestin rectum, l'ovaire, la matrice et ses ligaments sont intimement adhérents à l'aide de fausses membranes ou d'un tissu de nouvelle formation. Tous ces organes sont fortement déviés à gauche, et ont contracté des adhérences, à l'aide de fausses membranes, avec la paroi abdominale antérieure, au-dessus du pli de l'aine.

« Le clapier se continue à travers cette masse qui contient l'ovaire, la matrice, etc., par une ouverture qui aboutit dans le vagin à l'insertion de ce conduit avec le col de la matrice; à sa terminaison, elle admet à peine une sonde de femme, tant elle se rétrécit brusquement. De ce conduit qui se jette dans le vagin, partent encore deux autres trajets fistuleux qui vont au rectum, à la hauteur du repli du péritoine recto-vaginal.

« Le vagin est sain; seulement la muqueuse est épaissie; la matrice offre un tissu dur et décoloré, mais qui ne paraît pas être altéré. Son volume est normal, le col n'offre rien à noter.

« L'intestin grêle est sain; les anses intestinales sont partout libres et n'ont contracté nulle part des adhérences entr'elles, si ce n'est à gauche, avec le gros intestin et le péritoine détaché des parois abdominales, pour former le clapier; à ces endroits seulement, le péritoine est épaissi, dur et ratatiné; il a un aspect noirâtre qui paraît tenir à de la mélanose libre d'adhérences.

« L'estomac, l'intestin grêle et une partie du gros intestin, sont également sains; au voisinage de la fistule du colon, la muqueuse est épaissie et ramollie. Le colon descendant, l'S iliaque et le rectum, sont considérablement rétrécis.

« Les muscles larges de l'abdomen et le muscle iliaque sont noirâtres, infiltrés de pus; leurs fibres paraissent en partie détruites; une partie du *fascia iliaca* est détruite, c'est celle qui touche au clapier.

« Les poumons sont sains, ainsi que les reins et le cerveau. »

Observation d'éclampsie chez une femme primipare, à la fin du huitième mois de la grossesse; guérison; accouchement naturel et à terme d'un enfant vivant; par A. Vermer, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, à Beauraing.

La femme Bl..., de Sevry, province de Namur, âgée de 28 ans, de taille élevée, d'une bonne constitution, sanguine, habituée aux travaux de la campagne, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, a parcouru les huit premiers mois de sa première grossesse sans éprouver le moindre trouble dans sa santé, malgré quelques chagrins survenus au commencement de la gestation; elle croyait arriver heureusement au terme de sa grossesse, qu'elle fixait au 6 avril, par suite des circonstances qui avaient présidé à la fécondation, lorsque, le 29 mars, pendant la nuit, on vint m'annoncer qu'elle était en proie à des convulsions, qu'elle rejetait des flots de sang par les narines et que le travail de l'accouchement était commencé, puisque les eaux étaient écoulées. Je m'empressai de me rendre auprès d'elle, et je la trouvai dans un état de calme à peu près complet, sauf que les yeux étaient un peu hagards, le pouls plein et fort. J'appris que la malade avait éprouvé, la veille, un peu de céphalalgie; qu'elle avait néanmoins mangé et vaqué à sa besogne comme de coutume; que, la nuit, sa sœur qui couchait avec elle avait été réveillée par des mouvements convulsifs de ses bras et le bruit stertoreux de sa respiration; qu'en même temps ses yeux s'étaient convulsés, que ses avant-bras étaient fléchis sur ses bras; que les poings étaient serrés; que du sang sortait en abondance par les narines; que la bouche était remplie d'écume; qu'il y avait perte de connaissance, et qu'après cet accès qui, commencé à onze heures du soir, avait duré un quart-d'heure environ, la malade avait recouvré toute son intelligence, et qu'elle ne se doutait pas de ce qui lui était arrivé; et enfin, que l'on avait trouvé le lit mouillé par les eaux qui s'étaient écoulées pendant l'accès.

Je m'empressai de rechercher les signes du travail: il y avait bien un peu de douleur abdominale, mais elle était continue, sans intermittence, et n'offrait pas, par conséquent, le caractère des douleurs de l'enfantement. Le toucher me fit aussi reconnaître l'absence des glaires. Enfin, le col utérin était dur, conservait une longueur d'environ un demi-pouce, et son orifice n'était nul-

lement dilaté : je sentais la tête du fœtus en avant du col, à travers les parois utérines. L'absence du travail était donc constatée, l'écoulement des eaux ne pouvait dépendre que d'un hydromètre ; dès lors il n'y avait pas d'autre indication que de combattre l'éclampsie, sauf à diriger le travail, s'il se déclarait plus tard.

A minuit et demi, je ne tardai pas à être témoin d'un nouvel accès offrant les caractères que j'ai indiqués plus haut : convulsions de la face, des yeux et des membres supérieurs sans déplacement du corps ; hémorrhagie nasale très-abondante ; écume à la bouche, sans projection de la langue hors de la cavité buccale ; teinte bleuâtre des lèvres et de la face indiquant une gêne dans la circulation ; perte complète de connaissance. Il y avait ressemblance frappante avec un accès d'épilepsie. J'ouvris aussitôt la veine pendant l'accès, et, vu la force de la malade et son état pléthorique, je tirai environ vingt onces de sang. La durée de cet accès ne fut, au rapport des parents, que moitié de celle du premier. L'accès terminé, la malade recouvra son intelligence ; elle ignorait tout ce qui s'était passé, même qu'on l'eût saignée ; elle éprouvait de la fatigue, mais il n'y avait pas de coma.

Je prescrivis ensuite un bain tiède d'une heure, des sinapismes aux pieds, et la potion suivante :

R. Aq. flor. tiliæ, ℥ iij ;
Laud. liq. Syd., gtt xxx ;
Syr. naph., ℥ j.
A prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Après l'ingestion de quelques cuillerées de cette potion, il survint un sommeil tranquille, sans coma.

Du reste, la femme sentait encore les mouvements de l'enfant, et l'auscultation fit découvrir, à plusieurs reprises, les battements cardiaques du fœtus. Dans le reste de la nuit, il ne survint plus d'accès. Le lendemain matin, j'ordonnai le purgatif suivant :

R. Calomel vapor. præpar., gr. x ;
Pulv. sacch. alb. ʒ j ;
Div. in dos. nº iij.
Une dose de trois en trois heures.

Ce médicament provoqua cinq ou six évacuations le soir ; deux bains généraux d'une heure, infusion de tilleul, diète lactée.

Pendant cette journée, il y eut encore douze accès, mais très-courts et bornés à de petits mouvements convulsifs des membres supérieurs, des yeux et de la face sans épistaxis ; les douleurs abdominales s'étaient calmées, et le lendemain, 31 mars, tout était rentré dans l'état normal.

La fin de la grossesse fut heureuse ; mais au lieu d'accoucher

le 6 avril, comme elle pensait devoir le faire, cette femme n'accoucha que le 2 mai; elle s'était donc trompée d'un mois. Le travail dura quarante-huit heures; pendant les trente-six premières, les douleurs furent irrégulières, fatigantes; sur la fin, elles étaient devenues presque continues, mais sans résultat; le col, quoique mou, ne se dilatait pas; pour en obtenir la dilatation, je pratiquai une saignée d'une livre, je fis donner un bain de siége et un lavement émollient. La dilatation du col s'étendit à la largeur d'une pièce de cinq francs; mais les douleurs étant inefficaces et épuisant considérablement la femme, je crus nécessaire d'en finir promptement, et j'administrai quinze grains de seigle ergoté. Bientôt après, les douleurs devinrent fortes et pressantes, et l'accouchement se termina par l'apparition d'un enfant du sexe féminin, bien constitué et bien portant; il a maintenant quatre mois, et n'a été incommodé que par des coliques qui ont cédé à des levements émollients et à des cataplasmes de même nature sur l'abdomen. La mère n'a plus éprouvé aucun accident.

Réflexions. — Les causes prédisposantes les plus constantes de l'éclampsie, pendant la gestation, sont : une première grossesse, la pléthore, la distension de l'utérus, et l'infiltration des régions sus-diaphragmatiques. Les causes occasionnelles sont : les émotions violentes, les excès, etc. Or, chez notre malade, à quoi peut-on attribuer l'apparition de l'éclampsie? En l'absence de toute infiltration des membres, de toute cause occasionnelle connue, je suis porté à croire que c'est à la distension de l'utérus par l'hydromètre, sans nier l'effet secondaire de la pléthore et de la circonstance d'une première grossesse. En effet, cette distension anormale de l'utérus produit une excitation bien propre à mettre en jeu les accidents nerveux par les sympathies de cet organe avec toute l'économie; car nous voyons aussi la présence de deux fœtus, les positions vicieuses, les manœuvres tocologiques, la présence des calculs vésicaux, des tumeurs de la matrice qui empêchent sa dilatation régulière, produire les mêmes accidents convulsifs.

M. Leva (1) a cherché dans la composition du sang la cause de l'éclampsie. Selon lui, à toute époque de la gestation, le sang contient une grande quantité de fibrine, et cette quantité peut devenir telle qu'elle porte obstacle à la libre circulation du fluide. De cet obstacle résulteraient l'infiltration œdémateuse, si commune chez les éclamptiques, et l'épanchement séreux que l'on rencontre fréquemment à l'autopsie, dans les ventricules du cerveau. Or, le coma, qui, selon lui, est le signe pathognomonique de l'éclampsie,

(1) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, livraisons de novembre et décembre 1844.

résulte de la compression cérébrale par cet épanchement. Il conclut de ce raisonnement, que l'éclampsie peut être attribuée à la trop grande plasticité du sang.

M. Bessems a fait remarquer judicieusement à M. Leva que les expériences de MM. Andral et Gavarret prouvent que la quantité de fibrine ne dépasse son chiffre normal (3 sur 1,000), que dans les trois derniers mois de la gestation (la femme, qui fait le sujet de l'observation de M. Leva, était seulement au cinquième mois), qu'en outre, il est impossible d'admettre que la quantité de fibrine, chez la femme grosse, puisse devenir un obstacle à la circulation sanguine, puisque, d'après les mêmes expériences, le maximum de fibrine n'a jamais dépassé 4, 8, tandis que, dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigus, ce maximum s'est élevé à 10 et au delà, sans produire la moindre trace de gêne dans la circulation capillaire. J'ajouterai à ces objections que la femme, qui fait le sujet de mon observation, ne présentait pas la moindre trace d'infiltration séreuse, et, sans recourir à la supposition d'une gêne dans la circulation par la trop grande plasticité du sang, il me semble plus naturel d'expliquer l'œdème des membres inférieurs par la compression mécanique de la veine cave inférieure, et celle des portions sus-diaphragmatiques, par la compression également mécanique des gros vaisseaux veineux par l'utérus refoulant le diaphragme. Sans nier l'influence du sang sur le développement de l'éclampsie, je pense donc que son mode d'action est encore inconnu, de même que la véritable nature de cette névrose ; il en est de même du tétanos, de l'épilepsie, etc. D'un autre côté, dans les autopsies cadavériques de femmes mortes d'éclampsie qui avaient eu le coma, il est souvent arrivé qu'on n'a observé ni épanchement séreux dans les ventricules du cerveau, ni aucune autre lésion, et quand cet épanchement ou une congestion sanguine existait, on pouvait souvent les considérer plutôt comme un effet que comme une cause de la maladie, ou bien la quantité de liquide était trop faible pour produire la compression et le coma. Ce sont ces résultats négatifs de l'anatomie pathologique qui avaient fait dire à Baudelocque que l'on devait rechercher « la cause du mal dans un état nerveux indéfinissable. »

Le fait que j'ai rapporté, est-il bien un fait d'éclampsie ? Non, évidemment, si l'on admet, avec M. Leva, qu'il n'y a pas d'éclampsie sans coma. Mais est-il bien convenable de changer la signification des mots en médecine ? et le langage médical n'est-il déjà pas assez vicieux, sans ajouter à ce vice par une définition qui donne à un mot une signification qu'il n'a pas généralement ? Si l'on suivait cet exemple, il arriverait bientôt que les ouvrages an-

ciens deviendraient inintelligibles pour nous. En effet, la plupart des auteurs anciens et modernes ont employé le mot *éclampsie* comme synonyme de convulsions puerpérales; et la preuve qu'ils ne la regardaient pas comme une maladie toujours identique et caractérisée par le coma, c'est que nous voyons, dans l'ouvrage de M. Velpeau, que Merriman la confond avec l'épilepsie, qui se manifeste souvent sans coma; que Dewees en fait trois formes : 1° l'épileptique; 2° l'apoplectique; 3° l'hystérique; que Baudelocque, ne voyant entre les diverses formes de convulsions puerpérales d'autre ressemblance que la perversion des mouvements musculaires, les décrit sous les titres de tétanos, d'épilepsie et de catalepsie. M. Cazeaux dit aussi que les intervalles lucides sont assez prolongés, après les premiers accès, et qu'ils deviennent de plus en plus courts, à mesure que les convulsions se répètent. A l'article prognostic, il indique encore le plus ou le moins de gravité de la maladie, suivant la présence ou l'absence du coma. La définition de M. Leva est donc en opposition avec les idées généralement reçues.

Considérant maintenant la maladie en elle-même, indépendamment des opinions que je viens de rapporter, et sous le rapport de sa symptomatologie, trouverons-nous des motifs suffisants d'admettre le coma comme signe pathognomonique de l'éclampsie? Je ne le pense pas. Ainsi, l'épilepsie aura la plus parfaite ressemblance avec l'éclampsie, si, à la suite de l'accès, il reste du coma. Or, je puis citer le cas d'une jeune fille que j'ai vue, l'année dernière, à l'hôpital de Bavière, à Liége, atteinte d'épilepsie depuis plusieurs années, qui restait plongée dans un coma profond après chaque accès, et qui mourut après avoir présenté, pendant deux jours, une série d'accès suivis de coma et interrompus par de très-courts intervalles d'une lucidité incomplète. Je connais encore actuellement une fille de 17 ans, épileptique, ayant un accès à peu près tous les mois, et qui, après chaque accès, reste plongée dans le coma pendant douze à quinze heures. Il est donc impossible, par ce seul signe, de distinguer dans tous les cas l'éclampsie de l'épilepsie; et si cette première maladie se déclarait chez une femme dans les premiers mois de la grossesse, alors que cet état ne peut pas encore être reconnu; qu'en outre, la femme fût épileptique, ou que l'on ne pût savoir si elle ne l'est point, on serait dans un doute complet, quant au diagnostic.

Je ne parlerai point du diagnostic différentiel de l'éclampsie avec l'hystérie, la catalepsie, le tétanos, l'apoplexie, la commotion cérébrale et le coma de l'ivresse. Ces maladies ont des signes positifs, pour être distinguées des convulsions puerpérales.

Je ne considère donc pas le coma comme signe exclusif de l'éclampsie dans les convulsions puerpérales, mais je le mets au nombre des éléments les plus constants du diagnostic. Les autres sont : l'état de grossesse, les convulsions sans déplacement du tronc, la respiration bruyante et irrégulière, l'écume à la bouche et la perte de connaissance pendant l'accès. Avec ces éléments, il pourra bien arriver que l'on prenne l'épilepsie, chez une femme enceinte, pour l'éclampsie, si surtout l'on manque de renseignements sur l'état antérieur de la malade ; mais l'erreur ne lui sera pas préjudiciable, car lui fît-on subir le traitement de l'éclampsie, qu'il n'y aurait pas grand mal, et que la marche des accidents éclairerait bientôt le diagnostic.

Le prognostic fournit-il à M. Leva une raison suffisante de séparer les convulsions puerpérales avec coma de celles où ce symptôme manque? les premières seraient-elles toujours très-graves, les autres, toujours légères? Non, sans doute. Tout en admettant que le coma qui se prolonge de plus en plus, pendant les intervalles des accès, ajoute singulièrement à la gravité du prognostic, on ne peut méconnaître l'influence souvent mortelle de la période convulsive sur la respiration. Les contractions permanentes des muscles respirateurs, l'obstruction des ramifications bronchiques par des mucosités écumeuses, ont plus d'une fois produit la mort par asphyxie (1).

La période convulsive donne aussi lieu à des déchirures de l'utérus, à l'engorgement des vaisseaux cérébraux, à leur rupture, et par suite à l'apoplexie. Tous ces accidents peuvent être mortels. Ainsi la terminaison peut être funeste dans tous les cas; et cette considération s'oppose à ce que l'on rejette de la définition de l'éclampsie les cas où le coma n'existe point.

Maintenant que j'espère avoir prouvé que l'on doit conserver au mot éclampsie la désignation généralement reçue, je me hasarderai de présenter quelques réflexions rapides sur l'observation que j'ai rapportée.

L'hydromètre, comme je l'ai déjà dit, me paraît avoir été pour quelque chose dans le développement de cette affection ; une distension anormale de l'utérus, à une époque où il n'a pas encore acquis toute la vascularité et toute l'élasticité qu'il aura à la fin de la grossesse, doit produire sur le système nerveux de cet organe une excitation propre à retentir sur le système cérébro-spinal. Quoiqu'il en soit de cette explication, ce n'est pas sur ce point que je veux fixer l'attention, mais bien sur une question pratique

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, par P. Cazeaux, page 611.

dont cet accident fait naître l'idée. Lorsque les fausses eaux se sont écoulées, que des douleurs existent dans la région utérine, que la femme croit être au terme de sa grossesse, comme dans le cas de mon observation, il importe beaucoup que l'accoucheur n'attache à ces renseignements que la valeur qui leur est propre, et qu'il recherche les vrais signes du travail, qui sont : les douleurs intermittentes, les glaires, la dilatation du col utérin et la poche des eaux; s'il négligeait de prendre toutes les précautions nécessaires pour poser un bon diagnostic, si le toucher vaginal ne venait point le prémunir contre l'erreur, si enfin la femme était livrée à d'ignorantes matrones, comme cela n'est que trop commun dans nos campagnes, qu'arriverait-il? Persuadé que serait l'accoucheur de l'existence du travail, voyant un accident terrible, comme l'éclampsie, menacer les jours de la femme, et n'ignorant pas que la déplétion de l'utérus ne soit un moyen excellent pour mettre fin aux convulsions, son premier soin serait de produire cette déplétion, d'administrer le seigle ergoté, de perforer les membranes, d'inciser le col utérin, que sais-je? Un accouchement prématuré, laborieux à cause de la résistance que le col utérin non suffisamment préparé offrirait au passage de l'enfant, serait la conséquence de cette erreur, et l'on ferait une opération contre-indiquée et inutile, sinon dangereuse. Je me hâte de dire qu'une semblable erreur ne sera pas commise par un accoucheur instruit : celui-ci ne verra point de travail là où il n'en existe pas ; il saura combattre l'éclampsie par les moyens convenables, et il ne provoquera l'accouchement prématuré que lorsque ces moyens auront été insuffisants, et que la malade sera en danger de mort.

Reconnaissant franchement que la nature des convulsions puerpérales m'est inconnue, je ne puis établir de traitement qui s'adresse directement à l'essence de la maladie ; mais voyant les lésions qu'elles produisent et les symptômes par lesquels elles se manifestent, je ne vois rien de mieux à faire, dans l'état actuel de la science, que de tâcher de prévenir ces lésions et de combattre ces symptômes. Ainsi la mort a souvent lieu par des congestions ou des hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, etc. ; je tâche de prévenir ces accidents par les émissions sanguines, par les dérivatifs sur le tube intestinal, par les révulsifs cutanés. En cela, je ne fais rien de neuf, j'applique le traitement généralement adopté. Un élément spasmodique domine-t-il la maladie, je combats ce spasme par des bains et par un narcotique. Ici, je suis en opposition apparente avec plusieurs praticiens ; je m'expliquerai tout à l'heure.

Dans les cas semblables à celui que j'ai rapporté, la saignée me

paraît parfaitement indiquée. En effet, il y avait pléthore sanguine, et de plus, pendant les convulsions, la congestion vers la tête était si manifeste, que le sang jaillissait à flots par les narines. Un état semblable, qui se serait prolongé, aurait très-probablement amené de graves désordres vers le cerveau; les accès, au lieu de devenir de moins en moins prononcés, auraient pris de plus en plus d'intensité par le fait de nouvelles congestions; les intervalles, au lieu d'être lucides, auraient présenté un coma de plus en plus profond; enfin la maladie aurait suivi sa marche ordinaire, et se serait terminée d'une manière funeste, comme elle se termine ordinairement pendant la grossesse. Aucun moyen thérapeutique ne peut, à mon avis, dans un cas semblable, produire un effet aussi prompt et aussi efficace qu'une large déplétion sanguine (la mienne fut de vingt onces environ); je crois, avec M. Cazeaux, la saignée utile dans la plupart des cas; il est vrai que l'on devra, lorsque l'infiltration séreuse, un état nerveux très-prononcé pourront faire craindre l'apparition de cette maladie, recourir aux moyens propres à faire disparaître ces causes prédisposantes : dans le premier cas, les diurétiques, les purgatifs, les applications de compresses imbibées d'eau froide, de décoction aromatique; dans le second, les bains, l'exercice modéré, le calme de l'esprit, en un mot, l'hygiène des gens nerveux. Mais une fois l'accident développé, la saignée sera le premier moyen à mettre en usage; on pourra la renouveler selon les circonstances.

Les révulsifs aux membres inférieurs sont aussi d'un effet très-prompt; ils peuvent être appliqués concurremment avec la saignée, pour en augmenter l'effet, ou seuls, lorsque l'on juge que les émissions sanguines ne sont plus possibles. Ces moyens, sans rien enlever à la circulation, appellent momentanément le fluide sanguin vers le point le plus éloigné du cerveau, et deviennent très-utiles pour prévenir les congestions cérébrales.

Je considère les purgatifs comme utiles, d'après le même mécanisme, et je donne la préférence au calomel, parce qu'il est facile à administrer, même lorsque la bouche de la malade est fermée convulsivement. On met un mélange de calomel et de poudre de sucre blanc, entre les arcades dentaires et la joue, ou sur la langue, si c'est possible, et on le renouvelle jusqu'à effet purgatif (Merriman); mais je ne l'administre pas, comme M. Leva, dans le but de rendre le sang plus fluide, et de manière à produire la salivation mercurielle. Les expériences de MM. Andral et Gavarret prouvent que, dans la stomatite mercurielle, la quantité de fibrine augmente, comme dans toute phlegmasie. Dans les quatre observations qu'ils ont rapportées, la fibrine s'est élevée à 4-5, 5-6, 4-6, 6. Produire

la stomatite mercurielle, c'est donc obtenir un effet opposé à celui qu'on se propose.

L'élément spasmodique ou les convulsions réclament dans tous les cas, à mon avis, l'emploi des bains et de l'opium, lorsqu'il n'y a pas de coma. Dugès conseillait l'opium dans l'éclampsie; M. Trousseau (1) dit aussi qu'il peut rendre, comme dans l'épilepsie, d'importants services. Cette opinion a rencontré de nombreux adversaires, par la raison que l'opium a pour effet de congestionner le cerveau, et que l'éclampsie a déjà, par elle-même, une tendance à se terminer par des congestions cérébrales mortelles. Cette objection, très-sérieuse dans certains cas, me paraît émise d'une manière trop générale. Je distingue dans l'éclampsie deux cas : les convulsions avec coma, état soporenx; et celles où ce symptôme manque.

Dans le premier cas, l'opium me paraît contre-indiqué, surtout à haute dose, puisqu'à l'état physiologique, il est reconnu qu'il congestionne le cerveau. Cependant je ne veux pas décider cette question d'une manière trop exclusive, et lorsque je réfléchis à l'effet salutaire que produit l'opium à haute dose, dans le *delirium tremens*, affection où domine un symptôme cérébral, le délire, et où l'on rencontre quelquefois, pour lésions pathologiques, des congestions cérébrales, des inflammations des méninges, des épanchements de sérosité dans les ventricules, je me demande si l'opium, tout en congestionnant le cerveau, n'a pas sur l'élément nerveux, sur l'état convulsif, sur le spasme enfin qui existe dans le delirium tremens, une autre action salutaire qui compense très-avantageusement l'inconvénient d'un afflux plus ou moins considérable de sang vers la masse cérébrale. Cette tendance au sommeil, cet affaiblissement des fonctions sensoriales, cette langueur musculaire, ce narcotisme enfin que produit l'opium, n'est-il pas bien propre à stupéfier le système nerveux et à calmer les convulsions? Ce résultat, je le crois positif, et l'analogie fortifie ma conviction. L'opium, en effet, réussit souvent dans l'hystérie, la chorée, le tétanos, l'épilepsie, le delirium tremens, toutes maladies convulsives (2). J'ai publié, il y a deux ans, une observation de tétanos, dans laquelle on voit l'administration des opiacés à haute dose être suivie du plus beau succès (3).

Cette manière d'envisager l'action de l'opium fait comprendre que, si je ne conseille point ce médicament dans les cas d'éclampsie avec coma, je le regarde comme utile dans tous les cas où l'é-

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, art. Opium 1re édition.
(2) Trousseau, *loco citato*.
(3) *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, t. 1er, année 1843.

clampsie est simplement convulsive, comme dans le fait que j'ai rapporté. Lorsqu'il n'y a pas de signes de congestion cérébrale, ou qu'on a combattu la congestion par des émissions sanguines, etc., lorsqu'il y a lucidité complète de l'intelligence dans les intervalles des accès, je ne crains point de donner une dose modérée d'opium (par exemple, 30 gouttes de laudanum de Sydenham) dans l'espace de quelques heures. Je suis à peu près certain, avec une semblable dose, de ne point produire ou rappeler de congestion cérébrale, et j'obtiens l'effet anti-convulsif que je désire. Ainsi, utilité réelle et point d'inconvénient.

On a pu voir, en effet, l'administration du laudanum, dans mon observation, être suivie d'un sommeil paisible et sans coma.

Lorsque tous ces moyens seront insuffisants, que les accès deviendront plus intenses et menaceront les jours de la mère et de l'enfant, faut-il rester spectateur impuissant de la mort de deux êtres que l'on peut sauver, ou bien faut-il provoquer l'accouchement prématuré? Je me hâte de déclarer que c'est le second parti que je prendrais. Ainsi, lorsque le fœtus aura au moins sept mois, et sera, par conséquent, viable, que l'éclampsie, ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques, menacera de devenir mortelle, je n'hésiterai pas à provoquer l'accouchement prématuré, car j'espèrerai sauver ainsi deux individus au lieu de les perdre tous deux par mon inaction, et, contre l'opinion de Baudelocque, Gardien, Capuron et de quelques auteurs modernes, je ne me croirai nullement répréhensible (1). L'auscultation des bruits cardiaques du fœtus serait d'un grand secours pour poser le prognostic de cette opération, car on serait certain de la vie actuelle du fœtus, après avoir perçu ces bruits. On se rappelle que, chez ma malade, j'avais eu soin de rechercher ce signe de vie, et que la mère sentait encore les mouvements de l'enfant.

Je n'ai point eu la prétention, en écrivant cette note, de traiter *ex-professo* de l'éclampsie. Il existe, sur cette maladie, une foule de descriptions auxquelles je n'avais rien à ajouter; mais par la raison que l'éclampsie, pendant la grossesse, est presque toujours mortelle; que l'observation recueillie par moi me paraissait intéressante sous le rapport de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et de l'issue heureuse de l'affection pour la mère et pour l'enfant, j'ai cru devoir la livrer à la publicité.

(1) Il est vraiment étrange qu'on se soit laissé effrayer par les suites de cette opération : sur cent onze cas recueillis en 1838, par M. Stoltz, plus de la moitié des enfants ont vécu, et une femme, sur quinze à peine, a succombé. (*Cazeaux*, ouv. cité, p. 751.) — Voir aussi le Mémoire de M. Marinus, sur l'accouchement prématuré artificiel, inséré dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, p. 753.

SÉANCE SOLENNELLE DU 31 OCTOBRE 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLÉMINCKX.

L'Académie entre en séance à une heure et un quart.

M. Marinus, secrétaire-adjoint, a la parole pour rendre compte des travaux de la Compagnie, pendant l'année 1846-1847 ; il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Une circonstance, indépendante de la volonté de votre secrétaire, m'appelle, sur sa demande, et avec l'agréation du Bureau de l'Académie, à prendre la parole pour vous présenter le compte-rendu de vos travaux pendant l'année 1846-1847.

Je n'ai pas la prétention de vous retracer l'ensemble des communications scientifiques, qui ont fait l'objet de vos délibérations, avec cet esprit analytique et cette pureté de langage auxquels vous a habitués l'honorable collègue que je remplace en ce moment ; à défaut de ces qualités, je m'efforcerai de mettre de la clarté et de l'exactitude dans l'exposé que je vais avoir l'honneur de vous faire.

L'Académie a été instituée pour travailler aux progrès des différentes branches de l'art de guérir, et pour éclairer le Gouvernement sur les questions d'hygiène publique, de médecine légale et de médecine vétérinaire, qu'il croit devoir vous soumettre.

Pour atteindre ce double but, vous avez compris qu'il ne fallait pas seulement vous livrer vous-mêmes à de sérieuses études et à de nombreuses et incessantes recherches, mais qu'il fallait encore soumettre à un grave examen et à des discussions approfondies les travaux qui vous sont communiqués et ceux que vous êtes appelés à faire vous-mêmes. Le Gouvernement, d'accord avec le pouvoir législatif, appréciant les services qu'elle peut rendre, a voulu que la Compagnie pût marcher dignement dans cette voie ; par une dotation convenable, il l'a mise à même de remplir les intentions de son auguste fondateur. Vous avez senti, messieurs, que, pour justifier cette protection toute spéciale et répondre à ce nouveau témoignage de confiance en vos moyens, vous deviez agrandir encore le cercle de vos travaux, redoubler de zèle et de dévouement à la science. C'est ainsi que, parmi les résolutions que vous avez prises à cette fin, vous avez décidé qu'indépendamment des communications que chacun de vous pourra faire, un membre par section fournira, dans le courant de l'année, un travail scientifique sur un sujet de son choix. Vous avez, dans le même but, apporté à votre règlement quelques modifications que le Gouvernement s'est empressé de sanctionner, et parmi lesquelles je citerai parti-

culièrement les dispositions relatives aux membres honoraires et adjoints, qui sont désormais appelés à prendre une part plus active aux travaux de l'Académie.

Vous avez aussi cherché à exciter l'émulation des hommes qui s'occupent de l'étude des sciences médicales, en mettant au concours des questions importantes, à la solution desquelles sont attachés des prix d'une valeur relative aux recherches et aux expériences que les concurrents seront obligés de faire. C'est le moyen d'éclaircir les points encore obscurs de la science et de doter celle-ci d'ouvrages utiles.

Les travaux remarquables, les découvertes utiles, sont ordinairement l'œuvre d'hommes dévoués à la science qui travaillent isolément. Les Corps savants sont appelés à les juger et à en apprécier le mérite; les discussions, que ces communications soulèvent, servent à éclairer les points litigieux et sont autant d'enseignements pour ceux qui se sont voués à la culture de notre art.

Parmi les communications de ce genre que l'Académie a reçues, je citerai en première ligne celles relatives à l'inhalation des vapeurs éthérées pour rendre les opérés insensibles à la douleur, découverte dont l'honneur appartient tout entier au docteur Jakson, chimiste à Boston. Dès que les propriétés de l'éthérisation furent connues en Angleterre et en France, où l'on répétait avec succès les expériences tentées aux Etats-Unis, les chirurgiens belges s'empressèrent de mettre en pratique le même moyen : nos honorables collègues, MM. de Lavacherie, Bosch, Seutin et Lebeau, en constatèrent l'efficacité dans des opérations chirurgicales plus ou moins graves. Les premières communications, qui vous furent adressées à ce sujet, sont les observations de M. Alex, constatant qu'il avait procédé à l'avulsion de dents sans produire de douleur, et un Mémoire de M. de Lavacherie, dans lequel ce chirurgien a consigné le résultat de ses expérimentations et où sont discutés les avantages de l'éthérisation. Ces deux Mémoires ayant été publiés depuis par leurs auteurs, je dois me borner à cette simple mention. A peu près à la même époque, vous avez reçu de la part de M. Andrieu, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, un travail renfermant soixante observations, qui toutes prouvent l'action de l'éther sur la sensibilité. Ce point a été plus particulièrement élucidé par M. Thiernesse qui, malgré les nombreux travaux déjà produits aux Académies des sciences et de médecine de Paris, entreprit à l'Ecole vétérinaire des expériences sur les animaux, dans le double but d'étudier les effets physiologiques des inhalations éthérées, et d'apprécier leurs avantages et leurs dangers pour l'homme et les animaux, dans la pratique des opérations chi-

rurgicales. Les résultats de ces intéressantes expériences vous ont été communiqués par l'auteur dans divers Mémoires qu'il vous a lus. Poussant ses investigations plus loin encore, notre collègue a essayé de faire l'application de l'éthérisation à l'agriculture ; il vous a fait part du succès qu'il avait obtenu et du procédé qu'il emploie, pour engourdir, par les vapeurs d'éther, les abeilles, dans le but de recueillir, sans les détruire, le miel qu'elles ont produit. Enfin, vous avez été appelés à apprécier l'utilité de deux nouveaux appareils à éthérisation qui vous ont été présentés, l'un par M. Auguste de Hemptinne fils, l'autre par M. Defays, répétiteur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Cureghem.

L'Académie ne s'est point hâtée de prononcer sur la valeur thérapeutique des inhalations éthérées, et en cela elle a imité la prudence des autres Corps savants. Il y a eu évidemment, dans le principe, une sorte d'enthousiasme qu'il fallait laisser passer avant de savoir à quoi s'en tenir sur les brillantes espérances que l'on avait d'abord conçues de ce moyen, appliqué non-seulement aux opérations chirurgicales, mais encore au traitement de quelques maladies du système nerveux. L'observation nous apprendra, si déjà elle ne l'a prouvé, que les inhalations éthérées doivent être restreintes aux opérations très-douloureuses que le chirurgien peut terminer promptement, c'est-à-dire pendant le court espace de temps que durent les effets stupéfiants des vapeurs d'éther, l'expérience ayant montré le danger qu'il y aurait de les prolonger davantage.

Une question non moins importante, et qui déjà l'année précédente vous avait occupés, a été l'objet de vos intéressantes discussions : je veux parler de la réforme opérée par notre collègue M. Seutin, dans la thérapeutique des ruptures osseuses. La Compagnie a été mise à même de constater les nombreux succès obtenus à l'hôpital Saint-Pierre par la méthode amovo-inamovible, en usage dans cet établissement depuis quatorze ans ; des faits observés et des applications qui ont été produites, il a été reconnu que cette méthode de déligation « réunit ce que présentent d'utile et de profitable les deux systèmes dits *à renouveler* et *inamovible*, et qu'elle possède d'ailleurs plusieurs avantages très-essentiels dont ceux-ci sont dépourvus. » Ces avantages vous sont assez connus, messieurs, pour que je m'abstienne de les énumérer ici ; je me bornerai à constater les progrès que M. Seutin a fait faire, par ses heureuses innovations, au traitement des fractures et de quelques autres maladies chirurgicales auxquelles il a étendu l'application de sa nouvelle méthode.

Si l'art de guérir consiste à rétablir l'harmonie des fonctions

lorsqu'un état pathologique est venu la déranger, il se trouve quelquefois réduit à la pénible nécessité de retrancher un membre pour conserver la vie de l'individu. Dans ces circonstances, heureusement assez rares, il s'attache à rendre à l'économie vivante ce qu'il lui a enlevé, par des moyens mécaniques destinés à favoriser les mouvements de progression. Depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours, les efforts des chirurgiens ont été insuffisants pour trouver le moyen de confectionner un membre artificiel de forme convenable et dont le mécanisme permît d'imiter les mouvements naturels. C'est ce que M. Brogniez a parfaitement démontré dans son aperçu historique sur la prothèse locomotrice. Notre collègue, après des essais multipliés, est parvenu à résoudre le problème qu'il s'était posé : « imiter tout à la fois la forme et les fonctions du membre. » Il a présenté à l'Académie un nouvel appareil locomoteur, de son invention, réunissant ces deux conditions, applicables après toutes les amputations des extrémités inférieures, et à l'aide duquel les personnes qui le portent marchent très-facilement sans avoir besoin d'appui. Cet appareil, appliqué chez un homme amputé d'une jambe, remplissait fort bien les usages auxquels il était destiné. La base fondamentale de l'harmonie, qui préside à l'ensemble des parties qui composent le système de M. Brogniez, est, dit-il, dans l'appropriation d'un élément actif, mécaniquement substitué à l'action des muscles, et susceptible en outre de permettre à l'amputé d'en suspendre l'effet, avec la promptitude de la pensée et sans devoir y toucher.

Les affections des voies urinaires qui, dans ces derniers temps, ont été éclairées par de si beaux travaux, ont été l'objet de quelques communications intéressantes pour la pratique; tels sont : un Mémoire sur l'uréthrotomie, par M. Didot; une observation sur le même sujet, par M. Michaux; un cas d'extraction d'un calcul uréthro-périnéal volumineux, suivi de guérison, par M. le docteur Payan, d'Aix en Provence; une observation de taille uréthrale bilatérale, suivie de l'extraction de neuf calculs volumineux, par M. Defer, chirurgien des hospices de Metz; et un travail relatif à l'emploi d'un nouvel uréthrotome dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre, d'après des recherches particulières d'anatomie pathologique sur les coarctations uréthrales, par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. de Lavacherie a appelé l'attention de la Compagnie sur un cas d'hydro-encéphalocèle congénial situé à la région occipitale, et il vous a soumis l'observation, recueillie à sa clinique, par M. le docteur Dejardin, d'une tumeur sanguine fibroïde du cordon

testiculaire droit, du volume d'une tête d'adulte, produite par une cause traumatique, tumeur dont il a fait l'ablation et qui vous a été présentée. Comme complément à ce dernier travail, M. Spring, l'un de vos membres correspondants, vous a envoyé la description anatomo-pathologique de la tumeur, suivie de considérations sur la théorie de l'organisation du sang épanché et de sa conversion en tissu. Un fait d'anatomie pathologique, relatif à une affection décrite par M. Rayer sous le nom d'hydronéphrose, vous a été adressé par M. Bayenet, médecin vétérinaire, à Beauraing. M. Thiernesse en a fait ressortir tout l'intérêt scientifique dans un rapport qu'il vous a lu.

Depuis longtemps on a rangé, parmi les causes de la cataracte, une idiosyncrasie héréditaire affectant spécialement la capsule lenticulaire de l'œil. Ce fait a été mis hors de doute par les observations de Janin, de Richter, de Beer, de Saunders, de Dupuytren, de Sanson, de MM. Velpeau, Sichel, etc.; M. Rul-Ogez a ajouté à ces observations celle qu'il a recueillie lui-même, dans une famille composée de six enfants nés d'une même mère, dont quatre furent frappés de cécité par suite de cataractes qui ne purent être attribuées à aucune cause extérieure. Je vous ai aussi fait part d'un cas, dont les annales de la chirurgie renferment peu d'exemples : c'est celui d'une plaie d'arme à feu dans la région orbito-frontale, qui guérit parfaitement malgré le séjour probable du projectile dans la blessure.

L'ophthalmologie a encore été l'objet d'une réfutation de l'opinion émise par quelques auteurs, touchant la fréquence du glaucome en Hollande, par M. Paul Desmarquais; d'un Mémoire sur l'influence du strabisme dans l'exercice de diverses professions, par M. Carron du Villards, et d'une note dans laquelle le même médecin-oculiste fait connaître une nouvelle méthode pour enlever les pannus de la conjonctive et de la cornée.

Je dois encore mentionner deux opérations remarquables dont les histoires vous ont été communiquées. La première consiste dans l'extirpation d'un polype cancéreux, qui avait son siége dans le pharynx, pratiquée par M. Michaux, et dont le sujet vous a été présenté. Notre collègue, pour plus de certitude, et afin d'éviter une hémorragie mortelle, commença par faire la ligature de l'artère carotide primitive, autre opération non moins délicate, et toutes deux eurent un égal succès. L'autre est une opération d'anus artificiel par l'entérotomie lombaire, d'après le procédé de Callissen, modifié par M. Amussat, pratiquée par M. Didot. Ce fait, qui vous a été communiqué dans tous ses détails, le onzième connu dans la science, confirme l'exactitude et la vérité des prin-

cipes avancés par M. Amussat, et est d'un haut intérêt pour la pratique.

Il est une infirmité assez fréquente chez les personnes du sexe, et contre laquelle les moyens employés par l'art sont restés imparfaits. M. Varlez vous a fait connaître, dans une courte notice, un perfectionnement apporté aux pessaires à tiges, ayant pour but de maintenir l'utérus déplacé dans les limites que la nature lui a assignées. Cette communication a donné lieu à une discussion intéressante à laquelle ont pris part MM. Seutin, Lombard, Craninx et Boulvin.

M. le docteur Vermer, de Beauraing, vous a adressé une observation d'éclampsie chez une femme primipare à la fin du huitième mois de la gestation, et M. Graux vous a présenté une note relative à l'autopsie de la femme qui fait le sujet d'un cas de métro-péritonite puerpérale, accompagnée d'une déchirure du col de la matrice faisant communiquer la cavité péritonéale avec le vagin, observation qu'il vous a lue dans la séance du 30 juillet 1843.

M. Fallot a soumis au jugement de la Compagnie un point de science qui a soulevé un débat intéressant : il s'agissait d'une question toute neuve, celle de l'asphyxie par altération du sang. Du fait qu'il a recueilli et auquel il a joint des commentaires et des réflexions savantes, l'honorable membre a conclu : « qu'il y a lieu d'ajouter aux causes d'asphyxie, admises par les auteurs, un état pathologique du sang veineux, dans lequel il perd la faculté de s'artérialiser. » Les opinions qui ont été énoncées, au sujet de cette communication, ont montré qu'il est des questions qui, pour être définitivement résolues, ont besoin d'être éclairées par des faits et des expériences multipliés.

Une question également controversée est celle de savoir si les abcès chroniques du foie, qui s'ouvrent dans les poumons et dans les bronches, ne sont pas quelquefois susceptibles de guérison. M. Raikem a traité ce sujet avec le talent que vous lui connaissez, et son travail offre d'autant plus d'intérêt qu'il a joint aux histoires pathologiques, consignées dans les annales de la science, des observations qu'il a lui-même recueillies dans sa pratique.

Diverses communications relatives à la thérapeutique médicale ont appelé l'attention de l'Académie; tels sont : un Mémoire de M. le professeur Ruiz de Salazar, de Madrid, sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques; une note de M. le docteur van de Loo, ayant pour objet principal de constater l'efficacité du sulfate de quinine dans les fièvres que l'on nomme gastriques nerveuses et ataxiques, à caractere intermittent, qui ont régné à Venloo et dans ses environs;

une note relative à l'emploi des feuilles de garou pour l'établissement et l'entretien des exutoires, par M. le docteur Hollert, sur laquelle M. Verbeeck vous a fait un rapport basé sur les expériences qu'il a répétées à l'hôpital des Enfants Malades de Gand; et une notice de M. Dechange, sur un échantillon de racine de ginseng, qu'il a rapporté de la Chine et qu'il vous a présenté.

M. Sovet, membre correspondant, à Beauraing, a fait parvenir de nouvelles observations sur l'ergot de seigle, considéré comme médicament et comme substance toxique, et plus spécialement sur l'emploi topique de cet agent thérapeutique, auquel il reconnaît le pouvoir de rétrécir le tube des artères, et, par conséquent, d'empêcher l'abord trop considérable des liquides dans les tissus surexcités : de là les propriétés antiphlogistique qu'il lui attribue. La Compagnie a cru devoir ajourner la discussion, que cette communication a soulevée, jusqu'au moment où elle entendra le rapport de la Commission chargée de lui rendre compte du Mémoire qui lui a été présenté par M. Biver, docteur en médecine à Bruxelles, et qui a pour but de prouver qu'il existe plusieurs espèces d'ergot, ce qui expliquerait la diversité des effets de ce médicament.

Voilà, Messieurs, le sommaire des principaux travaux scientifiques qui vous ont été présentés pendant l'année académique qui vient de s'écouler, au nombre desquels je dois ajouter ceux de MM. Brandeis, Ansiaux, Moreau (de Couvin), Henroz, Robiquet (de Givet), Andrieu, Delmote, etc., que vous avez renvoyés à l'examen de Commissions spéciales, dont vous attendez le rapport.

Les bornes, dans lesquelles je dois me renfermer, m'obligent à mentionner simplement les rapports que nous devons à plusieurs d'entre nous : MM. Van Coetsem, Thiernesse, Raikem, Michaux, de Hemptinne, Phillips, François, Seutin, Stas, Gouzée, Verbeeck, Pasquier, Burggraeve, Graux, Lutens, Lequime, Broeckx, Vleminkx, etc.

Parmi les travaux qui vous ont été demandés par le Gouvernement, concernant la police médicale et l'hygiène publique, je dois vous rappeler celui qui a été rédigé par M. Verheyen, au nom d'une Commission dont il était l'organe, sur la question qui se rattache à la vente de la chair des animaux atteints de certaines maladies, et dont les conclusions, non encore votées, sont ainsi conçues :

« 1° Le débit de la viande, provenant de chevaux sains, peut être autorisé sans inconvénient pour la santé publique;

« 2° Les chevaux et les bêtes de boucherie, affectés de maladies inflammatoires, peuvent être abattus pour la boucherie, pourvu

que l'on prenne la précaution de les faire mourir exsangues;

« 3° Les animaux atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin, soit aigus, soit chroniques, de fièvres typhoïdes et charbonneuses, les bêtes empoisonnées, ainsi que les animaux morts par maladie ou accident, doivent être exclus de la consommation;

« 4° Il faut maintenir les règlements de police sanitaire, actuellement en vigueur, en ce qui concerne la morve et le farcin aigus, les maladies charbonneuses et la clavelée, c'est-à-dire, enfouir les cadavres avec la peau tailladée. »

Un arrêté royal du 19 septembre 1841, qui supprime la Commission spéciale instituée pour la révision de la Pharmacopée belge, avait chargé l'Académie du soin de continuer ce grand travail, devenu indispensable par les découvertes précieuses qui ont agrandi le domaine de la chimie et de la médecine. Après la révision de la législation médicale qui nous régit, dont vous avez également été chargés, c'était l'œuvre la plus utile à l'art de guérir, que vous pussiez accomplir. La Commission, à laquelle vous aviez confiée cette tâche importante et difficile, a terminé sa mission, et en adressant au Gouvernement ce nouveau Codex, vous avez émis le vœu qu'il soit publié en français, afin qu'il soit plus généralement compris.

L'Académie est encore appelée à préparer un travail qui intéresse à la fois la science et le bien-être de la société. C'est celui de tracer un plan uniforme, d'après lequel les Commissions médicales provinciales devront coordonner les matériaux qu'elles réuniront pour la confection d'une topographie médicale de leur province. Une commission a été chargée du soin de rédiger ce travail pour être soumis à la Compagnie.

L'Académie avait proposé cinq questions au concours de 1847. Un seul Mémoire lui est parvenu en réponse à la première question, maintenue pour la troisième fois au concours, et relative à l'influence que les marais et les polders exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et la durée de la vie. Ce travail, qui porte pour épigraphe : « *In tenuitate copia,* » ne renfermant pas une solution complète de la question, n'a pas été jugé digne du prix; mais en raison des recherches nombreuses auxquelles l'auteur s'est livré et du jour qu'il a jeté sur quelques points du sujet qu'il a traité, vous avez pensé qu'il méritait une récompense, et vous lui avez accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'or de la valeur de 300 francs. Vous avez décidé, en outre, que le Mémoire sera renvoyé à une Commission, qui se con-

certera avec l'auteur pour insérer son travail, par extraits, dans un des recueils de la Compagnie.

Deux Mémoires ont concouru sur la quatrième question, qui avait pour objet l'appréciation des diverses méthodes de traitement des fractures des membres. Vous avez regretté de ne pouvoir décerner le prix, aucune des deux réponses n'ayant donné une solution satisfaisante de la question, et, vu l'importance de cette dernière, vous l'avez maintenue au concours.

M. Ferichs, docteur en médecine à Aurich (Hanovre), s'est fait connaître, comme l'auteur d'un travail sur les avantages que la médecine a retirés des découvertes en physique et en chimie depuis le commencement du siècle actuel, que la Compagnie avait mentionné très-honorablement dans un concours antérieur (1846), en considération du temps et de la peine que sa rédaction avait dû coûter, comme aussi de la sagacité et de l'érudition dont il y est fait preuve. Comme complément de cette décision, vous avez inscrit le nom de ce médecin sur la liste des candidats pour l'obtention des places de membres correspondants, distinction que vous avez également accordée à M. le docteur Poujol de Paris, auteur d'un Mémoire sur la chlorose et l'anémie.

Une série de questions, dont le programme sera annoncé dans cette séance, a été arrêtée par l'Académie et témoigne de son vif désir de contribuer de tout son pouvoir aux progrès de la science.

Les relations scientifiques de la Compagnie continuent de s'accroître : les principaux Corps savants de l'Europe lui envoient leurs travaux en échange de ses publications ; sa bibliothèque s'enrichit chaque jour d'ouvrages nouveaux qu'elle reçoit, tant de la part des auteurs que de celle du Gouvernement, et elle pourra se compléter par l'acquisition de ceux qui lui manquent, grâce à la protection toute spéciale dont elle jouit.

Le Bureau d'administration n'a rien négligé pour activer vos travaux et donner à l'Académie les moyens d'atteindre le but de son institution. Les diverses propositions qu'il a soumises à vos délibérations en sont la preuve. Le sixième volume du Bulletin de vos séances sera bientôt terminé entièrement, et le premier fascicule de la seconde série des Mémoires de la Compagnie, contenant les travaux des concours et ceux des savants étrangers dont vous avez ordonné l'impression, vient d'être publié.

Conformément aux dispositions de l'article 14 de ses statuts, modifié par l'arrêté royal du 13 février 1842, et de l'arrêté du 13 novembre 1843, l'Académie a dû procéder, dans sa séance du 24 juillet 1847, au renouvellement de ceux des membres de son Bureau d'administration dont les fonctions triennales étaient expi-

rées. M. Vléminck a été continué dans ses fonctions de président; M. Fallot a été élu premier vice-président; M. Verheyen, second vice-président; et M. Marinus, secrétaire-adjoint.

Pour compléter ma tâche, messieurs, je dois vous faire connaître les pertes que l'Académie a eu à déplorer depuis un an, parmi les notabilités de la science qui se faisaient honneur de lui appartenir. Dans un court espace de temps, la mort nous a enlevé MM. Tommassini, Mayor, Lisfranc, Burdach et Pariset, que vous aviez associés à vos travaux en qualité de membres honoraires. C'est pour moi un devoir, que l'usage a d'ailleurs consacré, de retracer ici la vie laborieuse de ces hommes illustres et de rappeler les services qu'ils ont rendus à la science médicale.

Jacques Tommassini naquit à Parme, en 1768. Fils d'un médecin renommé, il se destina de bonne heure à suivre la même carrière que son père, et fut promu au grade de docteur en 1789. A peine âgé de 26 ans, il occupait déjà la chaire de physiologie et de pathologie à l'Université de Parme; il montra aussitôt une puissance d'intelligence et de savoir pratique, qui se révéla plus tard au monde médical dans ses *Leçons critiques de physiologie et de pathologie*, livre dans lequel on admire une haute sagacité, un criterium droit et une riche érudition. Après vingt années d'exercice, il quitta sa ville natale pour aller à Bologne succéder au célèbre Testa, qui y avait enseigné la thérapeutique spéciale et la clinique médicale, d'où il retourna à Parme en 1829, où l'appelaient les fonctions de proto-médecin du royaume et celle de professeur de Clinique médicale. Homme de science avant tout, Tommassini ne resta cependant pas indifférent aux affaires de son pays: durant la domination des Français en Italie, il fut membre du Conseil de santé publique, inspecteur des prisons, l'un des douze représentants de la ville de Parme, et secrétaire du département de Taro. Il a laissé un nom à jamais illustre, et l'Italie, qui compte tant d'hommes justement célèbres, le considérait comme le premier, le plus expérimenté et le plus profond des cliniciens de la Péninsule. La raison de ce fait général est dans les immenses services que, pendant plus d'un demi-siècle, il a rendus à la science et à la société, et comme professeur, et comme écrivain, et comme magistrat. C'est à son activité prodigieuse, à son ardent amour de la vérité, à la recherche de laquelle il avait voué sa vie tout entière, que l'on dut la nouvelle réforme de la médecine italienne dont le puissant génie de Rasori avait posé les bases, comme ses nombreux écrits en font foi. L'ouvrage le plus remarquable, que Tommassini ait publié, est son *Traité de l'inflammation et de la fièvre continue*, qui est, en réalité, l'ampliation des principes développés dans ses *Recher-*

ches pathologiques sur la fièvre de Livourne en 1804, *sur la fièvre jaune d'Amérique et sur d'autres maladies analogues*, ouvrage qui parut en 1805, et dans lequel on a prétendu plus tard, à tort ou à raison, que l'illustre Broussais avait puisé l'idée de sa doctrine médicale. « Dans tous les ouvrages de Tommassini, a dit un de ses panégyristes (1), on voit ressortir à chaque page cet esprit judicieux et pratique formé aux œuvres d'Hippocrate, plein de sagacité, éclairé d'un savoir prodigieux et animé de cette probité, de ce désir sincère de la vérité qu'on est heureux de rencontrer dans les hommes de science. On ne doit pas s'étonner d'après cela, ajoute M. Giacomini, que, comme praticien, comme écrivain et comme savant, Tommassini ait été considéré partout, en Italie et ailleurs, comme un vrai patriarche de la médecine italienne, puisqu'il en a été le régénérateur. »

Tommassini est mort le 26 novembre 1846, des suites d'une pneumonie aiguë. La Société italienne des Quarante, l'Académie de Bologne, l'Institut royal des sciences de Venise, et plusieurs autres Sociétés savantes dont il était membre, regretteront sa perte et s'empresseront d'offrir à sa mémoire le tribut de reconnaissance et de vénération que lui ont mérité ses nombreux et importants travaux. Il était décoré de la médaille d'or des *bene meriti* et de la santé publique, et des ordres de Constantinien, de Saint-Georges et de la Légion-d'Honneur.

La tombe venait à peine de se fermer sur Tommassini, qu'elle s'ouvrait pour recevoir les restes mortels du réformateur de la chirurgie. Mathias Mayor, le chirurgien de Lausanne, connu de toute l'Europe par la simplicité de ses procédés opératoires et de déligation, a quitté ce monde, où il a tant travaillé, le 4 mars 1847, âgé de 72 ans. Il était né, le 21 avril 1775, à Cudrefin, petite ville du canton de Vaud (Suisse). Comme Tommassini, il était fils d'un médecin; ce fut dans la maison paternelle, où il passa les treize premières années de sa vie, qu'il puisa son goût pour la profession médicale. Après avoir passé quelques années au collége de Thoune, le jeune Mayor fut envoyé à l'Université de Zurich, où il commença l'étude des sciences médicales, qu'il alla ensuite achever à Milan et à Pavie. Ce fut à l'Université de cette dernière ville, qu'il prit le grade de docteur, dans le mois de mai 1795. Revenu dans sa ville natale, il fut s'établir à Morat, qu'il quitta le 4 août 1803, pour aller se fixer définitivement à Lausanne, où il fut bientôt appelé aux fonctions de chirurgien en chef de l'hospice cantonal qui

(1) *Notice sur la vie et les œuvres de Jacques Tommassini, lue devant l'Institut des sciences de Venise, dans la séance du* 24 *décembre* 1846, par le professeur Giacomini.

venait d'être créé. Il désirait un théâtre, où il pût soumettre à l'épreuve toutes les idées neuves et originales qui fermentaient dans sa tête; sa noble ambition fut satisfaite.

Ce fut dans cet hospice, qu'il ne manqua jamais de visiter chaque jour, pendant quarante-deux ans, que le génie inventif de Mayor réalisa les innovations chirurgicales qui firent sa gloire et son bonheur. Elevé au pinacle de la confiance et de la considération publiques, il fut appelé à siéger dans le grand Conseil qui exerce, en Suisse, le pouvoir législatif et la souveraineté, au nom de la nation ; de plus, il faisait partie du Conseil de santé, en sa qualité de chirurgien en chef de l'hospice, et sa prodigieuse activité lui permettait de remplir ces fonctions tout en soignant sa clientèle, qui était considérable.

Sa vie d'auteur a commencé en 1821, époque à laquelle il fit imprimer une notice pour faire connaître son procédé pour les ligatures, à l'aide du serre-nœud de Roderie qu'il avait heureusement modifié.

En 1828, Mathias Mayor fit paraître une *Instruction sur l'art des accouchements*, livre éminemment pratique qu'il avait composé pour les élèves sages-femmes du canton de Vaud, qu'il était chargé d'initier à l'art obstétrique, et pour l'instruction desquelles il avait imaginé de fabriquer un bassin en fil de fer, indiquant la forme, les dimensions, les axes, les symphyses, etc., de cette cavité osseuse.

En 1832, il publia la première édition de son *Nouveau système de déligation chirurgicale*, qui lui mérita un prix de l'Institut de France, de la valeur de trois mille francs. Cet ouvrage fut, comme le dit M. Munaret, le spirituel auteur du *Médecin de campagne*, qui a écrit une notice sur la vie et les travaux du vénérable chirurgien de Lausanne, la pierre angulaire de la réputation de Mathias Mayor.

Cette publication fut suivie d'une foule de mémoires sur différents points de l'art chirurgical, trop longs à énumérer, et parmi lesquels celui qui est relatif au traitement des rétrécissements de l'urèthre et des fistules urinaires, par le cathétérisme simple et forcé, n'est pas le moins important. L'un des derniers travaux qu'il a publiés résume tous les autres ; c'est celui qui a paru en 1841, et qui a pour titre : « La chirurgie simplifiée, ou Mémoires pour servir à la réforme et au perfectionnement de la médecine opératoire (1). » Non content de la publicité donnée à ses procédés, et par ses ouvrages et par les journaux de médecine, Mayor, en touriste infatigable, se rendit successivement aux différents Congrès

(1) Deux gros volumes in-8°, avec un grand nombre de figures; Paris, 1841.

scientifiques d'Italie, de France et d'Allemagne, pour les faire apprécier, tant par ses démonstrations que par la lecture de nouveaux mémoires, car, il le disait naïvement, « il ne voulait pas se présenter les mains vides dans ces réunions. »

La vie de Mayor fut trop courte pour accomplir son œuvre de réforme ; il savait bien qu'il est difficile de faire accepter par ses contemporains les innovations, quelque bonnes qu'elles puissent être ; il s'en consolait en pensant que la postérité déciderait (*plus tard quand je ne serai plus*, disait-il) ce qu'il y a d'utile dans son nouveau système.

Jacques Lisfranc, chirurgien non moins célèbre, a suivi de près dans la tombe le collègue dont je viens d'esquisser la vie et les travaux. Né à Saint-Paul (Loire), le 2 avril 1790, il se sentit, jeune encore, une vocation décidée pour l'art de guérir. Lisfranc commença ses études médicales à Lyon, où il ne tarda pas d'obtenir, au concours, une place d'élève interne dans les hôpitaux civils. Le terme de son internat expiré, il se rendit à Paris, où le concours lui valut la même place dans les hôpitaux de la capitale. En 1812, il soutint sa thèse pour le doctorat, et l'année suivante il entra au service militaire comme médecin-adjoint ; il fit, en cette qualité, la campagne de Dresde. Il fut ensuite promu au grade de médecin de première classe, au service militaire de Metz, puis à l'Hôtel-Dieu de Paris. Licencié en 1814, Lisfranc rentra dans la vie civile, et se livra tout entier à l'exercice de la chirurgie ; il s'adonna plus particulièrement à la médecine opératoire, spécialité dans laquelle il s'acquit bientôt une brillante renommée. Dédaignant l'intrigue et ne demandant jamais rien à la faveur, il ne dut qu'à lui-même la haute position à laquelle il s'éleva. Les diverses places qu'il a occupées, il les conquit toutes au concours : c'est ainsi qu'il fut successivement nommé chirurgien du Bureau central d'admission aux hôpitaux et hospices civils de Paris (1818) ; agrégé à la Faculté de médecine (1823) ; chirurgien en second de la Pitié, en 1824, et presque immédiatement après chirurgien en chef du même hôpital, en remplacement de Béclard dont la mort laissait la place vacante. C'est à ce poste, qu'il a dignement occupé jusqu'à ses derniers moments, que Lisfranc illustra son nom, et par le succès de sa pratique, et par son enseignement, admirable de clarté et de méthode. C'est surtout dans ses cours de médecine opératoire, que son talent de chirurgien brillait dans tout son éclat : par la méthode linéaire qu'il a créée, méthode qui repose sur un principe tout anatomique, l'art des opérations est devenu une science, dont il s'occupait de tracer les règles au moment où la mort est venue le surprendre. Comme praticien, Lisfranc a joui toute sa

vie d'une estime non contestée; sa clientèle était considérable, mais pour lui, le riche ne passait qu'après le pauvre. « Cette vérité héréditaire dans la chirurgie en France, a dit M. Serres (1), a été pratiquée par Lisfranc, pendant plus de trente ans, avec un zèle, un dévouement et une abnégation de lui-même, qui souvent dépassaient la force humaine. »

Il a publié plusieurs ouvrages importants, dont les plus récents sont sa Clinique de l'hôpital de la Pitié, et son *Traité de médecine opératoire*, que la mort ne lui a pas permis d'achever.

Lisfranc a été ravi à la science le 12 mai 1847, à l'âge de 60 ans ; ses travaux incessants avaient énervé sa vigoureuse organisation et n'ont pas été étrangers à sa fin prématurée. Il était officier de la Légion d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine de Paris et de plusieurs autres Sociétés savantes. Dans les dernières années de sa vie, une de ses pensées constantes était de rendre le plus rare possible l'emploi des instruments tranchants. « Si la chirurgie est brillante quand elle opère, a-t-il écrit, elle l'est encore bien davantage lorsque, sans faire couler le sang et sans mutilation, elle obtient la guérison des malades. »

La physiologie expérimentale a perdu l'un de ses plus savants interprètes. Charles-Frédéric Burdacd, conseiller médical intime et professeur à l'Université de Kœnigsberg, est décédé dans cette ville le 16 juillet dernier. Il était né à Leipzig, en 1776, et ce fut dans sa ville natale qu'il débuta, dès l'année 1798, dans la carrière de l'enseignement. Nommé d'abord agrégé, il remplit ces fonctions jusqu'en 1807, époqne à laquelle il obtint le titre de professeur. L'année suivante, il passa, en la même qualité, à l'Université de Dorpat, d'où après y être resté trois ans, il se rendit à Kœnigsberg, où l'appelait la chaire d'anatomie et de physiologie qu'il a dignement occupée jusqu'à sa mort.

La science doit à notre collègue allemand un grand nombre d'écrits sur la physiologie et l'anthropologie. Son plus beau titre de gloire est, sans contredit, son *Traité de physiologie considérée comme science d'observation*, publié en neuf volumes, et qui obtint en France les honneurs de la traduction, ouvrage dont il préparait une nouvelle édition lorsque la mort est venue le ravir à la science.

Ce que Haller fit pour le siècle dernier, Burdach l'a fait pour le nôtre. Anatomiste habile, expérimentateur ingénieux, érudit profond et initié, par la connaissance de toutes les langues, aux travaux des savants de toutes les nations de l'Europe, il a exposé l'état présent de la physiologie avec cette justesse et cette éléva-

(1) *Discours prononcé sur la tombe de Lisfranc.*

tion de vues qui caractérisent l'homme supérieur. Convaincu qu'un sujet aussi vaste ne saurait être embrassé dans tous ses détails par un seul écrivain, il invoqua la collaboration de ses compatriotes qui avaient spécialement étudié quelque partie de la biologie. MM. Baer, Moser, Meyer, J. Muller, Ratke, Siebold, Valentin et Wagner lui prêtèrent leur concours ; il a ainsi mis au jour une œuvre remarquable, une véritable Encyclopédie physiologique qui demeurera comme un monument impérissable.

L'art d'écrire, a dit un savant médecin, donne du prix à tous les autres, et c'est surtout aux sciences qu'il est nécessaire ; cet art, dont il sentait tout le prix, il le possédait à un si haut degré de perfection qu'on voyait en lui l'émule de Fontenelle. Doué d'un profond savoir, il savait revêtir la science de ces formes élégantes et gracieuses qui charment le lecteur. Ce médecin, vous l'avez déjà nommé, c'était l'éloquent secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Paris, l'un des membres honoraires de la Compagnie.

Etienne Pariset était né le 5 août 1770, dans le petit village de Grand, à quatre lieues de Neuchâteau (Vosges). Sa jeunesse fut traversée par une longue suite d'infortunes qu'il supporta courageusement, jusqu'au moment où il arriva au but que la main de Dieu lui avait tracé. A trente-cinq ans, il obtint le diplôme de docteur en médecine, après avoir soutenu une thèse sur les hémorragies utérines, et, dès ce moment, sa vie ne fut plus qu'une suite de triomphes. Il devint successivement membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sceaux, médecin de Bicêtre, et membre du Conseil général des prisons. Ce n'était pas assez pour éprouver le dévouement de Pariset et satisfaire son amour pour la science : en 1819, il obtint du gouvernement français la périlleuse mission d'aller à Cadix, pour y étudier la fièvre jaune qui désolait cette ville, et en 1821, il se rendit à Barcelone où le fléau avait apparu, afin d'y compléter les renseignements qu'il avait recueillis dans son premier voyage en Espagne. Atteint lui-même de la fièvre jaune, il eut le bonheur d'en échapper et revint en France avec une conviction profonde sur la nature contagieuse de la maladie, opinion qu'il développa dans un Rapport qu'il écrivit en collaboration avec MM. Bailly et François. Ce travail lui valut le titre de membre du Conseil supérieur de santé, la place de secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine qui venait d'être fondée, et celle de médecin en chef de la Salpêtrière, laissée vacante par la mort de Pinel. Il obtint aussi du gouvernement une pension viagère de deux mille francs, et il fut décoré du cordon de Saint-Michel

et des ordres de Charles III d'Espagne et de la Légion-d'Honneur.

Nier la contagion, pour Pariset, c'était, comme il le disait avec franchise, *nier Dieu*. Ses études sur la fièvre jaune avaient porté son attention sur la peste, et il s'était formé de cet autre fléau redoutable une théorie, qu'il demanda et obtint d'aller vérifier lui-même en Egypte. A cinquante-huit ans, il retrouva toute l'ardeur et toutes les forces de la jeunesse, et il partit pour ce long et dangereux voyage. A son retour, en 1830, il publia son savant *Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire*, qui se résume dans cette idée, que, le fléau ne remontant pas au delà de l'époque où l'enterrement des cadavres a remplacé en Egypte l'antique méthode de momification, il est naturel de penser que les cadavres enterrés, recouverts trois mois de l'année par les eaux du Nil débordées, sont décomposés par la chaleur ardente du soleil, et deviennent ainsi la cause de la maladie. Pour prévenir cette décomposition, et par conséquent faire cesser le fléau, il proposait de recouvrir les cadavres d'une double couche de natron. Ces opinions, il les soutint naguère encore avec beaucoup de chaleur à l'Académie de médecine de Paris.

Fatigué d'une vie active et pleine de dangers, Pariset trouva dans les travaux de cabinet des délassements d'autant plus agréables, qu'ils lui permirent de faire marcher la science avec la littérature, qu'il avait cultivée avec succès dans sa jeunesse. Il composa successivement une série d'éloges académiques, dans lesquels les plus nobles pensées sont exprimées dans un style élégant et toujours correct, et qui sont autant de chefs-d'œuvre littéraires (1).

Pariset est mort le 5 juillet 1847, à l'âge de soixante et dix-sept ans, regretté de tous les amis de la science et de l'humanité.

Les pertes sensibles que l'Académie a éprouvées depuis les dernières élections, en 1844, avaient laissé plusieurs places vacantes dans la classe des membres correspondants et dans celle des membres honoraires. Vous avez à peu près complété la liste de ces deux catégories de membres, par de nouvelles nominations, et l'Académie compte actuellement vingt-neuf membres correspondants belges, quarante-trois membres correspondants étrangers, et soixante-neuf membres honoraires. Vos choix ont porté, pour les premiers, sur les candidats qui vous avaient adressé des travaux remarquables et montré le plus de zèle à concourir avec vous aux progrès de la science, ou dont vous avez couronné les Mémoires, et pour les derniers, sur les sommités médicales qui se

(1) Ces éloges ont été réunis et publiés sous le titre : *Histoire des membres de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1845, 2 volumes in-12.

sont acquis le plus de titres à notre reconnaissance, soit par leurs ouvrages, soit par leur dévouement à l'humanité souffrante.

Je m'arrête ici. Le court aperçu que je viens de vous présenter, messieurs, montre que la Compagnie ne néglige rien pour atteindre le but de son institution. Je serai, j'en ai l'intime conviction, l'interprète des sentiments qui vous animent, en disant que, jaloux de répondre aux vues élevées de l'auguste fondateur de l'Académie, vous poursuivrez votre noble et grande mission en appelant à votre aide le plus de lumières possible sur une science à laquelle chacun de vous a consacré sa vie entière, en accueillant avec empressement et en discutant avec impartialité toutes les communications, tous les travaux, toutes les opinions, toutes les découvertes qui peuvent servir aux progrès de l'art de guérir, et, par conséquent, au bien-être de la société.

Éloge de Verheyen, ancien anatomiste belge ; PAR M. FRANÇOIS, membre titulaire.

Messsieurs,

Par quelle étrange anomalie l'homme, que son instinct et sa nature attachent si fortement à tout ce qui intéresse son bien-être matériel et sa conservation, a-t-il précisément négligé, pendant une longue suite de siècles, la science la plus capable de lui en garantir la possession : je veux dire la connaissance de son propre corps et des organes qui le constituent? Qu'il en ait été ainsi dans l'enfance du monde, lorsque, récemment sorti des mains du Créateur, le genre humain conservait encore sa pureté et sa vigueur originelles, rien qui doive étonner... Mais que cette ignorance de son être ait existé et se soit perpétuée à travers les âges jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre ; qu'elle ait été commune à tous les peuples, malgré les différences de religion, de langue, de mœurs, de climat, malgré les maladies sans nombre engendrées par l'état de la société, et en dépit des guerres incessantes qui ont ravagé la terre, voilà qui est à peine croyable... et vrai pourtant. C'est que, pendant cet immense laps de temps, la dépouille mortelle de l'homme fut inviolable et sacrée *aux yeux de l'homme* ; y porter atteinte eût été une profonation : nouvelle preuve, entre mille, que les préjugés ont plus d'empire sur notre esprit que nos besoins et nos intérêts les plus chers. Enfin, précieuse conquête qui en présageait de non moins mémorables dans un prochain avenir, le préjugé dont nous parlons fut vaincu, et l'on vit, presque avec effroi, un médecin italien, Mundini, faire en 1315, des démonstrations publiques d'anatomie sur un cadavre hmmain.

Toutefois, l'exemple hardi du professeur de Bologne n'eut,

longtemps, que peu d'imitateurs, tant l'ignorance, la routine, et sans doute aussi le respect des vieilles coutumes continuaient de subjuguer les esprits. On ne sera pas étonné, d'après cela, des faibles progrès que fit l'anatomie aux quatorzième et quinzième siècles. Ainsi que le dit un de nos savants collègues, l'ouverture d'un cadavre était alors quelque chose de si extraordinaire que les auteurs contemporains l'enregistraient dans leurs écrits comme un fait digne de passer à la postérité... Mais le coup était porté; d'ailleurs, les merveilleuses révélations, qui surgissaient en foule à chaque ouverture de corps faite avec soin, proclamaient si hautement l'utilité de l'anatomie qu'il eût été désormais difficile d'arrêter le mouvement, et qu'un grand nombre d'hommes distingués se livraient avec ardeur aux investigations cadavériques, chacun ayant à cœur de fournir à l'exécution du nouvel édifice scientifique qui se préparait les fruits de ses veilles et son travail. Les matériaux arrivaient de toutes parts et incessamment; mais combien n'en manquait-il pas avant qu'on pût songer à l'entreprendre, surtout à l'achever...? Et puis, qui en serait l'architecte? qui aurait assez de science, de génie, d'audace, pour oser tenter de faire un tout complet, harmonieux, d'une multitude d'éléments éparpillés et la plupart encore informes...? Cet homme fut un belge... Vous l'avez tous nommé, messieurs, et la patrie reconnaissante vient de faire retracer ses traits en bronze pour les transmettre à nos derniers neveux.

Avec Vésale, l'anatomie devint une véritable science. Il la mit dans une voie si bonne, qu'elle continue d'être respectée par les plus grands anatomistes de nos jours. Mais cette science qui tient de l'infini, comme toutes les sciences naturelles, était loin d'être complète; aussi, une foule de médecins, désireux de vérifier les étonnantes découvertes de Vésale, et plus encore, jaloux d'obtenir pour eux-mêmes quelques rayons de l'auréole de gloire dont il était environné, se jetèrent comme à l'envi dans la carrière qu'il avait si heureusement parcourue.

S'il faut en croire le plus érudit des historiens de la médecine, aucun siècle ne fut plus fertile que le seizième en grandes et importantes découvertes. « Il n'en est point, dit-il, dans lequel la connaissance de la structure du corps humain ait fait des progrès aussi rapides. »

Or, il n'y aurait pas lieu d'en être surpris, puisque l'anatomie était alors dans l'enfance, et que chaque pas qu'on y faisait procurait de nouvelles conquêtes. Cependant, quel que soit mon respect pour Kurt-Sprengel, je ne puis partager son opinion sur ce point important de l'histoire de l'anatomie; en effet, le dix-septième

siècle, celui dans lequel est né le savant à qui ce discours est surtout consacré, le dix-septième siècle produisit tant d'anatomistes célèbres que les nombrer serait une besogne déjà difficile et longue. A cette époque mémorable, la plupart des Ecoles d'Italie, de France, de Hollande, d'Angleterre, de Danemark, etc., etc., montraient avec orgueil au monde civilisé des noms glorieux et vénérés encore aujourd'hui ; des noms toujours jeunes, parce qu'ils sont immortels ; en un mot, ce siècle fut celui des Harvée, des Ruysch, des Pecquet, des Malpighi, des Leuwenhoeck, des Vieussens, des deux Bartholins et des Lower, pour n'indiquer que les plus fameux.

Quel était alors l'état de l'anatomie dans nos provinces ? La Belgique avait donné le jour à Vésale, et il semble qu'elle ait eu besoin de se reposer après l'enfantement d'un si grand homme, puisque, sauf Van den Spiegel qui frustra sa patrie de ses talents, la Belgique n'avait vu naître dans son sein aucun anatomiste dont les annales de la science aient conservé le nom, tandis qu'elle se vantait à juste titre d'un bon nombre de médecins et de naturalistes illustres. Etait-ce donc que l'étude du corps humain fût négligée chez elle ? Non, mais il faut bien le reconnaître, l'anatomie n'avait dans aucune de nos écoles, ni dans la célèbre Université de Louvain, de digne représentant ; nous vivions de l'étranger, et l'on vient de voir qu'il était assez riche pour nous prêter sans s'épuiser. L'anatomie n'était donc pas ignorée des médecins belges ; seulement elle leur était enseignée d'après les livres empruntés aux peuples voisins, et surtout aux Hollandais. Un pareil état de choses était humiliant pour le Corps médical belge... Mais comment le changer ? Quel homme se sentira la force, aura le courage de reprendre l'œuvre de Vésale, et de restituer à la Belgique le rang où ce grand maître l'avait placée dans le monde savant ? Jetez les yeux sur ce point presque perdu au fond du petit pays de Waës... Là, un pauvre laboureur nourrit sa famille des produits de son pénible labeur ; un de ses fils, du nom de Philippe, l'assiste dans ses rustiques travaux ; ce fils, bien qu'âgé de vingt-quatre ans déjà, est l'homme destiné par la Providence à restaurer l'anatomie dans nos écoles... Le curé du village qu'habite Verheyen reconnut en lui, sous ses habits grossiers, une étincelle de ce feu divin qui se fait jour à travers les plus rudes écorces, et le digne pasteur s'attribua la mission de développer et de faire fructifier le germe déposé au sein de ce sol fécond. Il initia Philippe aux premiers éléments des lettres dans les rares moments de loisirs dont pouvait disposer le pauvre paysan durant les soirées d'hiver. Comme l'aiglon, trop longtemps retenu au fond de son aire, sent, lorsqu'il

s'élance pour la première fois dans les hautes régions de l'espace, que le ciel est sa véritable patrie, ainsi le jeune Verheyen, en mettant le pied sur le terrain de la science, reconnut tout d'abord que là était son élément. Les progrès qu'il fit furent tellement rapides, que son maître vit bientôt qu'un enseignement moins modeste lui devenait nécessaire; ne reculant devant aucun sacrifice pour achever une œuvre si bien engagée, le curé de Verbroeck envoya son disciple à l'Université de Louvain, centre de toutes les hautes études à cette époque.

Sur ce théâtre tout nouveau pour lui, le génie de l'enfant de la nature, trouvant enfin un aliment approprié à ses instincts, le saisit avec avidité et se l'assimila d'une manière si complète, qu'au bout de quelques années d'études, Philippe Verheyen sortit vainqueur du fameux concours annuel de l'Université de Louvain; dont les témoins, rares aujourd'hui, ne parlent encore qu'avec admiration et respect. Ceux de nous qui ont entendu le récit des immenses difficultés de cette mémorable lutte scientifique, à laquelle n'étaient admis que des concurrents d'élite, peuvent se faire une idée de la multitude de connaissances diverses qu'il fallait réunir pour mériter la palme. Le fils du simple laboureur, le disciple de l'humble curé de Verbroeck, remporta ce prix, objet de tant de vœux et d'ambitions, pour la conquête duquel ni la naissance, ni la fortune n'étaient comptées.

Au temps dont nous parlons, des honneurs, supérieurs à tout ce qu'il est possible de se figurer maintenant, étaient rendus à l'heureux *primus* de Louvain, et de plus, il jouissait de prérogatives précieuses, réservées surtout aux sujets qui se destinaient à l'état ecclésiastique. Philippe Verheyen, bon, modeste, religieux, n'avait pas hésité un moment, et déjà il se livrait avec son ardeur ordinaire à l'étude de la théologie, lorsqu'il fut atteint d'une violente inflammation de la jambe, bientôt suivie d'une gangrène qui nécessita l'amputation du membre. Devenu par là peu apte à remplir les devoirs du sacré ministère, Verheyen pensa, avec raison, que cette mutilation ne le rendait point inhabile à l'exercice d'un autre sacerdoce, celui de la médecine. Il tourna donc toutes les facultés de son intelligence et toute l'activité de son esprit vers les sciences médicales. Après quelques années d'études, il obtint la licence, ayant subi ses épreuves avec un si grand succès, que ses examinateurs consignèrent dans leur procès-verbal qu'il avait répondu à toutes les questions *d'une manière admirable*.

A un homme de la trempe de notre concitoyen, la possession d'un diplôme de licencié ne pouvait suffire... Visant plus haut, il sentait le vide qu'il y avait dans son éducation médicale, et la

science destinée à le remplir était précisément celle vers laquelle le portaient à la fois et son goût et la réflexion ; car Verheyen, ainsi qu'il l'a montré depuis dans ses ouvrages, comptait parmi le petit nombre de médecins de son temps qui considéraient l'anatomie comme la base la plus certaine de la médecine. La Hollande, nous l'avons déjà dit, possédait à cette époque plusieurs anatomistes éminents : c'étaient de Graaf, Nuck, Drelincourt, Ruysch, Bidloo, Swammerdam... Poussé par l'irrésistible besoin de s'instruire, Verheyen crut ne pouvoir mieux faire que d'aller puiser à cette source abondante les connaissances qui lui manquaient. Il se rendit donc à Leyde et ne rougit pas de recommencer à s'asseoir sur les bancs de l'école. Sous les yeux de ces hommes célèbres, il apprit l'art délicat et nouveau des injections, art dans lequel personne n'a dépassé le célèbre Ruysch; de même, il put vérifier, à l'aide du microscope, le volume, la forme et la marche des globules sanguins signalés tout récemment par Leuwenhoeck, découverte qui confirmait admirablement la découverte autrement importante et si vivement contestée de la circulation du sang. Au surplus, quoique plein de confiance dans les leçons et les écrits de ses maîtres, il voulut lire dans le livre même de la nature, et c'est sur des cadavres qu'il passa la majeure partie de son temps pendant son séjour à Leyde.

Un disciple du mérite de Verheyen ne pouvait se trouver en contact de professeurs, tels que ceux que nous avons nommés, sans en être remarqué; il avait effectivement attiré leurs regards d'une manière toute spéciale, et il n'est pas bien sûr que des avances ne lui aient pas été faites dans le but de le retenir en Hollande. Mais les souvenirs de la famille, l'attachement à la religion de ses pères, et l'amour qu'il conservait à l'Université, témoin de ses premiers triomphes, parlaient trop haut à son cœur pour qu'il n'en suivît pas les inspirations. Riche d'acquisitions précieuses, il revint à Louvain, et ne tarda pas à y contracter des engagements et à y former des liens qui devaient l'y fixer définitivement. Cependant la ville adoptive de Verheyen ne l'avait point perdu de vue : d'accord avec le Gouvernement, le magistrat de la cité, qui n'ignorait pas le noble motif de sa longue absence, lui confia la chaire d'anatomie à l'Université ,peu de temps après son retour. Quelle plus douce récompense de tant de travaux, de peines et de sacrifices! C'était aller au devant de ses vœux les plus chers, lui donner une position à laquelle sa modestie ne lui permettait pas d'aspirer, lui fournir, enfin, l'occasion de répandre autour de lui les trésors de science qu'il avait accumulés... Verheyen ne faillit pas à ces promesses... Tout entier à ses devoirs de professeur, on ne le vit jamais confier

à des mains étrangères le soin de préparer les pièces anatomiques destinées à ses démonstrations. Il les disséquait lui-même, consacrant à cette besogne la majeure partie de ses journées : il en résultait que ses leçons, n'étant que la reproduction des objets qu'il avait vus et mis en ordre, étaient claires, méthodiques et surtout fructueuses. Comme il se plait à le répéter, il tenait beaucoup à l'ordre et ne négligeait pas l'élégance de la diction. Bientôt ses cours, dont rien n'avait approché jusque-là, eurent un retentissement tel qu'on accourait à Louvain des pays les plus éloignés.

Accomplir avec exactitude et sévérité les devoirs de sa charge, suffit en général à tout homme honnête et délicat ; mais il fallait davantage à notre digne professeur ; malgré ses vastes connaissances en anatomie, ou plutôt à cause de cela même, il savait très-bien tout ce que cette science laissait à désirer, et il saisissait avec empressement toutes les occasions de s'y perfectionner. Au siècle où vivait Verheyen, à peine y avait-il dans les écoles assez de cadavres pour les démonstrations, et, en aucun cas, les élèves n'y touchaient. C'est qu'alors le vieux respect pour les restes mortels de l'homme avait encore des racines profondes parmi le peuple ; aussi n'étaient-ils donnés que d'une main avare, même dans un but de haute utilité. On ne fait pas assez d'attention, de nos jours, à ce qu'il a fallu de temps, d'efforts, de progrès dans l'éducation et le bon sens publics, pour décider l'homme à livrer le corps de ses proches, de sa femme, de ses enfants, son propre corps au scalpel et à l'œil investigateur de l'anatomiste, et cela dans le but d'arriver un jour à reconnaître le siége, la nature, la cause, le remède des maladies. Est-ce ignorance, indifférence, erreur, préjugé de la part de nos aïeux, ou bien moins d'égoïsme, plus de confiance dans la Providence ?... Voyons, messieurs, comment Verheyen parvint à satisfaire le besoin d'étendre ses connaissances en anatomie, rendu plus vif chez lui par les difficultés et les résistances. Vésale se glissait furtivement la nuit vers les lieux d'exécution, et dérobait au gibet quelques os, quelques pièces de squelette ; Palfyn, contemporain de Verheyen, compromit plus d'une fois sa liberté, même sa vie, en s'introduisant dans les cimetières, à la faveur des ténèbres, pour ravir à la tombe quelques lambeaux de cadavre qui pussent servir à ses dissections ; l'anatomiste de Louvain, lui, glanait ses sujets sur les champs de bataille... Curieux rapport, admirable ressemblance entre trois de nos plus grands hommes pareillement avides de la science, pareillement ingénieux à se créer les moyens de l'acquérir, et pareillement décidés à vaincre tous les obstacles pour y parvenir ! Ecoutons Verheyen raconter lui-même le fait, car son récit est à la fois émouvant et instructif :

« *Fovebant hasce meas cogitationes luctuosa tempora quibus tùm* « *totam Europam, cùm maxime loca vicina concutit armorum strepitus : difficile non fore, cogitabare, inter tantas clades totque tam* « *nostrorum quam inimicorum cadavera nonnulla pro bono publico* « *ad usum deducere.* » C'était donc aux victimes de la guerre que notre héros empruntait les auxiliaires propres à enrichir un art bien impuissant, hélas! à compenser les mille calamités qu'elle engendre.

Quoique l'anatomie fût l'objet spécial des travaux de l'infatigable professeur, elle était loin de l'absorber tout entier : la médecine et la chirurgie se partageaient aussi ses loisirs, et comme il n'entreprenait rien qu'il ne portât à la perfection, la profondeur et l'étendue de ses connaissances, dans ces deux branches des sciences médicales, le mirent en position de publier des écrits estimés sur la première, et de se livrer à l'enseignement de l'autre. La chaire de chirurgie lui fut effectivement confiée quatre ans après celle d'anatomie. Verheyen eut le rare mérite de répandre un éclat égal sur toutes deux. Elevé aux plus hautes dignités universitaires, environné de la confiance, de l'estime et de la considération de ses concitoyens, qui voyaient en lui, non-seulement un sauveur dans leurs maladies, mais encore un savant dont le lustre et la renommée se réfléchissaient sur la cité, comblé de gloire et d'honneur, sinon de richesses qu'il dédaignait, son âme n'étant accessible qu'aux seuls sentiments nobles et généreux, que pouvait désirer Verheyen? Il ne le dissimule pas : le mouvement intellectuel et littéraire qui s'effectuait autour de lui, l'exemple des grands travaux qui surgissaient de toutes parts dans le monde civilisé, aiguillonnaient son amour-propre, excitaient son émulation ; il eût rougi, dit-il, de se reposer dans un pareil moment, ou de se livrer uniquement au soin de ses affaires privées... « *Puduit et enim in tanto musarum strepitu me altâ frui quiete et vitam agere solis rebus privatis intentam.*» Ces belles paroles caractérisent bien l'homme que nous verrons tout à l'heure mourir pauvre, comme il est né, après avoir occupé les postes les plus éminents dans une des premières Universités de l'Europe, s'être signalé par des découvertes précieuses et avoir été investi de la confiance de ses concitoyens et des étrangers.

Verheyen, nous l'avons dit, avait écrit plusieurs ouvrages de médecine particulièrement destinés aux élèves ; mais il ambitionnait une autre gloire : il ne visait à rien moins qu'à mettre au jour un traité complet d'anatomie. Présumait-il trop de ses forces, lui qui avait assemblé, pendant une grande partie de sa vie et par de nombreuses dissections tant publiques que privées, les matériaux

nécessaires pour conduire à bonne fin le travail qu'il avait en vue? On va voir que les motifs propres à justifier une si vaste entreprise ne lui firent pas défaut. « S'il existe actuellement, dit-il, un grand nombre de monuments élevés à l'anatomie par des hommes célèbres, la plupart de ceux-ci, on doit en convenir, se sont occupés d'une seule, ou tout au plus, de quelques parties du corps humain. Or, si cette méthode est utile pour arriver à la découverte de la vérité, elle a le grave inconvénient de ne fournir à la jeunesse que des ouvrages décousus sous les rapports de l'ordre et du style. En outre, les dessins de beaucoup de ses derniers sont obscurs, inexacts, tout à fait en opposition avec la nature; certaines figures ont même été copiées sur des animaux, et attribuées sans scrupule à l'homme que l'on gratifiait ainsi des principaux organes des brutes; quant aux auteurs les plus vantés, ils sont loin d'être parfaits et laissent même beaucoup à désirer. »

Mais le double but que se proposait surtout Verheyen, en composant un traité d'anatomie, était de donner au public un ouvrage d'abord clair, ensuite à bon compte : « *Ut si fortassis mei conatus aliquid utile et lectione dignum parerent, promiscuè pauperes et divites, illius fructum percipere possint.* Afin, dit-il, avec sa modestie ordinaire, que si, par hasard, mes efforts produisaient quelque chose d'utile et digne d'être lu, les pauvres comme les riches pussent en recueillir les fruits. » Pensée généreuse de l'homme qui, sorti des derniers rangs de la société, n'a pas oublié, parvenu à une haute position, les droits et les besoins du pauvre, et qui a voulu que la science fût à sa portée non moins qu'à celle du riche. Que ne puis-je mettre sous vos yeux toute l'introduction du livre de Verheyen ? Vous y verriez toujours la même âme noble, grande, mais simple, humble, pure; vous y verriez le savant animé avant tout du désir d'être utile; vous y verriez enfin l'auteur scrupuleux et délicat qui, ayant la conscience d'avoir fait un bon livre, n'ose cependant pas le juger tel, et en abandonne l'appréciation aux autres, son jugement dans sa propre cause lui paraissant suspect : « *Aliis reliqui judicium, meritò in propriâ causâ suspectum.* » Ne vous semble-t-il pas, messieurs, répéterons-nous avec un éloquent professeur de l'Ecole de médecine de Paris, que l'âme se repose doucement au récit de semblables traits? Ne consolent-ils pas l'imagination attristée par le spectacle d'ambitieuses rivalités, et de cette cupidité sans frein qui ne prise la robe du professeur que comme une enseigne éclatante, destinée à activer les offrandes du public?

Ce serait ici le lieu de vous rendre compte de l'œuvre du savant anatomiste de Louvain, si je ne pensais qu'une analyse quelconque

d'un traité d'anatomie fût déplacée en présence de l'honorable assemblée qui m'écoute ; je m'en abstiendrai donc. Cependant, puisque je suis chargé de la flatteuse mission de signaler les titres d'un belge à la reconnaissance et aux hommages de ses concitoyens, je me permettrai de tracer brièvement les principaux caractères de son ouvrage... Vous serez alors plus à même d'en apprécier la valeur.

Verheyen avait très-bien senti que, pour composer une œuvre qui attirât l'attention du public médical, il devait avant tout se montrer exact et fidèle copiste de la nature, l'anatomie n'étant autre chose, en définitive, que la connaissance des organes du corps humain, et qu'il atteindrait le but s'il reproduisait scrupuleusement son modèle. Partant de ce principe, il ne décrivait et ne dessinait que des pièces anatomiques préparées avec soin sur le cadavre, par lui-même. Vous ne serez pas surpris qu'en suivant une méthode aussi sévère, non-seulement Verheyen ait donné de bonnes descriptions des parties déjà connues, mais qu'il ait rectifié une multitude d'erreurs, et fait faire des progrès notables à l'anatomie. En effet, il l'a enrichie de découvertes d'un grand intérêt qui, en immortalisant son nom, sont devenues pour toujours du domaine de la science. Malheureusement, soit défaut d'artistes capables, soit désir trop arrêté de faire un livre à bon marché, les planches sont exécutées avec trop peu de soins, ce qui dépare l'ouvrage et le place au-dessous de tant d'autres qui ne l'égalent pas sous le rapport de la fidélité des descriptions. Quoiqu'il en soit, le traité de Verheyen ne tarda pas à se répandre dans toute l'Europe ; Il fut réimprimé en différents pays, traduit dans plusieurs langues, servit aux leçons publiques de plusieurs professeurs dans quelques Académies d'Italie; enfin, il éleva son auteur au rang des anatomistes les plus distingués du siècle. Ce jugement favorable, la plupart des écrivains de son époque se sont plu à le rendre, et le temps n'a fait que le confirmer. Permettez-moi de citer à l'appui Gœlicke, Manget, les rédacteurs des Actes de Leipsick, Boerhaave, Eloy, Portal, et par-dessus tous Haller, le savant et judicieux Haller qui professait un véritable respect pour les études anatomiques de Verheyen.

Est-ce à dire que le traité de notre compatriote soit irréprochable? Une semblable prétention serait ridicule : un seul homme ne peut pas tout, particulièrement lorsqu'il est question d'une science aussi vaste que l'anatomie; peut-être même y aurait-il lieu de reprocher à Verheyen de s'être trop confié à ses propres recherches dans la composition de son ouvrage. Il en est résulté des inexactitudes et des erreurs qu'il eût évitées s'il eût consulté plus

souvent les travaux de ses contemporains. Au surplus, la censure ne lui a pas été épargnée; il est permis d'affirmer que peu d'hommes ont été en même temps l'objet d'éloges plus pompeux et de critiques plus acerbes, preuve certaine, pour le dire en passant, du retentissement extraordinaire qu'eut le livre de Verheyen dans le monde médical. Parmi les anatomistes, il en est un, le plus grand peut-être, qui semble avoir pris à tâche de détruire pièce par pièce l'œuvre du médecin flamand... Pourquoi faut-il que cet homme soit Morgagni? Né sous le ciel de l'Italie, au sein de ces Ecoles brillantes, justement renommées par les progrès qu'elles avaient fait faire à l'anatomie; disciple et bientôt émule de Valsalva, dans la force de l'âge et du talent, alors que Verheyen descendait dans la tombe, Morgagni s'est attaqué à lui avec une ténacité et un acharnement qui semblent tenir de la passion, « passant sous silence, selon la judicieuse remarque d'un écrivain belge, les découvertes utiles de son antagoniste, pour s'attacher aux incorrections les plus légères, aux erreurs les plus pardonnables, à la diction même. » On dirait que les *Adversaria anatomica* de Morgagni, quoiqu'à l'adresse d'un autre, aient été surtout rédigés en vue de combattre le modeste professeur de Louvain, qui, malheureusement, n'était plus là pour répondre. Quels qu'aient été les motifs de ces critiques, ton nom, ô Verheyen, n'en passera pas moins à la postérité, environné de la gloire d'avoir doté ton pays d'un monument impérissable de science et de dévouement à l'humanité!.... Pardonnez, messieurs, cette digression au désir autant qu'au besoin de venger notre illustre compatriote des injustes attaques dont il fut l'objet. Mais revenons à lui : après la publication de son ouvrage, se livre-t-il aux douceurs d'un repos dû à ses longs et pénibles travaux? Non, messieurs; toujours attentif au mouvement des esprits, il voyait d'un œil curieux, chez les différents peuples de l'Europe, une foule de médecins se lancer dans la carrière et s'efforcer de reculer sans cesse les limites d'une science qui, selon les expressions de Fontenelle, représente le plus sensiblement, avec l'astronomie, deux grands caractères du Créateur : l'immensité et l'intelligence infinie... En tous lieux donc, on continuait d'apporter à l'exploration et à la découverte des mystérieux instruments de l'organisme humain l'ardeur et la curiosité qu'inspire l'espoir d'attacher son nom, suivant l'usage du temps, à quelque nouveau rouage de la plus complexe des machines; aussi la science anatomique faisait-elle chaque jour des progrès, et ceux qui n'en suivaient pas la marche rapide étaient-ils bientôt débordés. Verheyen ne restait pas spectateur oisif de cet entraînement général : il y prenait une part active, constatant l'exacti-

tude des découvertes annoncées, en faisant lui-même, et enregistrant avec soin les unes et les autres ; car, jaloux de ne laisser son œuvre ni imparfaite ni arriérée, il préparait les matériaux d'une deuxième édition. Revoir le texte, le corriger, ajouter les acquisitions récentes de l'anatomie, faire graver des planches nouvelles et retoucher les anciennes, mettre en un mot l'ouvrage au niveau de la science et le rendre ainsi digne de l'accueil des savants, et, disons-le hautement, de la réputation de l'auteur, tout cela fut pour Verheyen l'occasion de veilles, de soins, d'études et de dépenses extraordinaires.

Cette nouvelle édition eut, comme la première, un immense succès, et fut réimprimée en divers pays ; mais Verheyen ne put jouir de son triomphe, de même qu'il ne fut pas témoin des amères critiques dont son ouvrage fut l'objet, la mort l'ayant frappé l'année même de sa publication.

Il m'est impossible, messieurs, de ne point m'arrêter un moment au deuxième volume, ou plutôt à la deuxième partie de cette édition, et cela autant à cause de son mérite même que parce qu'elle a été généralement passée sous silence par les biographes de Verheyen, lesquels l'ont de la sorte dépouillé d'un de ses plus beaux titres aux hommages des savants. Ce livre, simplement intitulé : *Supplément à l'anatomie du corps humain*, n'est ni plus ni moins qu'un traité complet de physiologie ; car Verheyen ne s'est pas proposé seulement de décrire les organes, ce qui forme la matière de son premier volume, il a voulu aussi exposer leurs fonctions, celles-ci se rattachant à ceux-là, dit-il, par un lien étroit autant qu'il est merveilleux.

De nos jours que l'anatomie et la physiologie servent d'introduction obligée à la pathologie, on condamnerait avec raison celui qui, se destinant à l'exercice de la médecine, négligerait l'étude de ces deux sciences. Mais qu'on veuille bien se reporter à un siècle et demi en arrière, alors que la découverte de la circulation du sang et celle de la lymphe dataient pour ainsi dire de la veille, alors que les anciennes doctrines sur les quatre humeurs cardinales étaient encore en honneur, que l'iatro-mécanisme de Descartes et l'iatro-chimisme de Sylvius régnaient despotiquement dans les Ecoles, alors que Verheyen avait, pour tous précédents en physiologie, les essais obscurs et informes, selon le jugement du grand Haller, de Fernel, de Gaspard Hoffmann, alors enfin que ni Boerhaave, ni Haller lui-même n'avaient pas encore révélé au monde les vrais principes de cette science, il fallait un courage et un discernement peu communs pour ne pas fléchir sous l'autorité des théories en vigueur et pour choisir, de toutes les voies propres à

faire progresser la médecine, la plus rationnelle, la plus fidèle, celle qui est généralement suivie par les modernes, celle qu'elle n'abandonnera plus désormais. On jugera, par les passages suivants de l'ouvrage de Verheyen, si j'exagère la portée et la nature de ses vues :

« Le médecin qui ignore la constitution naturelle et les opérations du corps n'acquiert que par une longue habitude, et souvent au détriment des malades, la connaissance des différentes maladies et de leur traitement ; au contraire, celui qui est initié à la structure du corps humain, aux fonctions et à l'usage des organes, celui-là comprend et prévoit pour cela même la majeure partie des maladies dont ces organes sont le plus souvent affectés.

« Le médecin qui connaît la structure du cerveau, ses fonctions, qui sait qu'il est l'organe du sommeil, saura aussi qu'il est sujet à des maladies soporeuses plus ou moins intenses, aux insomnies, au délire et à une foule d'autres désordres ; il en est de même de beaucoup d'affections d'autres organes. Pareillement dans la pratique où l'on doit avoir surtout égard aux cas individuels, on découvre particulièrement la maladie et sa cause par le siége de la partie lésée, par l'altération des fonctions de cette partie, ensuite par les produits excrétés et par la nature de la douleur. » Puis il ajoute : « Les instruments matériels nécessaires aux fonctions sont ou solides ou fluides. »

Démontrerait-on d'une manière plus précise aujourd'hui l'utilité, pour le médecin, de l'anatomie et de la physiologie ? Ferait-on mieux ressortir l'alliance étroite qui existe entre ces sciences et la pathologie ? Proclamerait-on autrement la nécessité de l'intervention des solides et des liquides dans l'accomplissement des actes de la vie ?

Sa méthode établie, son plan et sa marche parfaitement tracés, l'auteur n'avait plus qu'à les suivre : on ne peut que déplorer ici que Verheyen n'ait pas su secouer complétement le joug des traditions du passé, s'affranchir des doctrines dont avait été nourrie sa jeunesse ; ainsi, il s'est cru obligé de placer en tête de sa physiologie des considérations sur les éléments, les humeurs, les esprits, les tempéraments et les facultés. Mais il ne l'a fait qu'à regret, car il déclare positivement qu'il a été sur le point de traiter des seules fonctions : « *Fateor equidem mihi antè hanc fuisse mentem in hoc libro agere de solis functionibus.* » Si Verheyen eût obéi à cette inspiration, ou plutôt à ce tact et à ce jugement sûr qui se font jour à chaque page de ses écrits, s'il avait eu le courage de dépouiller entièrement le vieil homme, Verheyen aurait eu la gloire d'ouvrir la véritable voie à la physiologie ; et

la preuve, c'est qu'après avoir payé le tribut aux tyranniques exigences des Ecoles et des médecins de son temps, on le voit mettre franchement le pied sur le terrain de la saine physiologie et ne plus l'abandonner. Je vous ai dit, messieurs, que cet ouvrage a été négligé par les biographes de Verheyen : permettez-moi de remplir une lacune dont a eu à souffrir jusqu'à ce jour la mémoire de notre docte compatriote, non en vous rendant un compte complet de son traité, mais en vous faisant saisir son esprit et apprécier son mérite.

On ne peut raisonnablement exiger qu'un ouvrage de physiologie, fait au commencement du siècle dernier, présente des divisions naturelles, c'est-à-dire, basées sur le degré d'importance relative et l'ordre d'enchaînement des fonctions qui distinguent les classiques modernes : de longs tâtonnements ont eu lieu, beaucoup d'essais ont été tentés, beaucoup de travaux exécutés, avant qu'on ait pu atteindre cette perfection. On ne reprochera donc pas à notre auteur la distribution des matières qu'il a cru devoir adopter; on ne lui reprochera pas, par exemple, d'avoir étudié les produits sécrétés avant de s'être occupé des sécrétions elles-mêmes comme fonctions; car il ne l'a fait qu'afin de respecter sa grande dichotomie des instruments naturels des actes vitaux en fluides et en solides. A cela près, il trace une histoire très-exacte de chacun des sujets dont il traite. Lorsqu'on parcourt l'œuvre physiologique de Verheyen, on doit reconnaître que, pour constituer un corps de science avec les éléments disséminés et encore peu constants qu'il avait sous la main, il faut qu'il ait été largement doté de cet esprit d'analyse qui fait un bon choix parmi une grande masse de matériaux incohérents, et surtout de l'esprit de synthèse qui les rapproche, les réunit et en forme un tout systématiquement agencé. Sans doute, la physiologie du professeur de Louvain est entachée d'erreurs graves, si on la compare à celle de notre époque; cependant lorsqu'on la considère de près, on y découvre déjà l'emploi de la méthode qui a élevé si haut, depuis, toutes les branches de l'histoire naturelle, je veux dire l'observation des phénomènes, rendue aussi exacte que possible par l'application de tous les secours que nous prêtent la physique, la chimie, en un mot, les sciences expérimentales. Aussi Verheyen s'occupe-t-il du sang, du lait, de la bile, etc., etc., il ne se borne pas à les regarder à l'œil nu et dans leur état naturel : il les examine au microscope, les expose à l'influence de l'air, de la chaleur; il les soumet à l'action des acides, des alcalis, des sels; il les réduit en cendres, analyse celles-ci, en sépare et en pèse avec soin les éléments; enfin, il répète la même série d'expériences sur ces différents

liquides empruntés à diverses espèces d'animaux, et les compare à ceux de l'homme, et tout cela avec une exactitude, une fidélité et un talent remarquables. Traite-t-il des fonctions des organes des sens, de la vue, de l'ouïe, etc., notre auteur invoque, pour les expliquer, les lois de l'optique et de l'acoustique; étudie-t-il la circulation du sang et de la lymphe, la respiration, les sécrétions, etc., toujours même scrupule, même sagacité dans les observations et les expériences. Que font de plus les modernes? Rien, seulement ils disposent d'instruments plus parfaits et sont forts des découvertes de leurs devanciers.

Obligé, par le plan et la nature de ce discours, de ne pas dépasser certaines limites, j'ai le regret de n'avoir pu vous donner qu'une idée très-imparfaite du traité de Verheyen. Ce traité de physiologie n'a pas joui, je le répète, de l'estime qu'il mérite, ou même il a été tout à fait méconnu. J'attribue cet oubli à deux causes : la première, c'est qu'à l'époque de sa publication, les médecins, asservis aux théories mécanico-chimiques en vigueur, n'étaient pas capables d'apprécier sainement les services que la physiologie pouvait rendre à la médecine; l'autre est l'apparition du grand ouvrage de Haller, lequel fit oublier immédiatement tous ceux de ses prédécesseurs. Le seul tort de Verheyen est donc d'être venu trop tôt ou trop tard sur la scène du monde. Il me vient ici un scrupule, messieurs; je crois que je vous induirais en erreur, si j'affirmais, d'une manière absolue, que les travaux physiologiques du sujet de cet éloge ont été tout à fait perdus pour la science. Il me semble, en effet, que lorsqu'on lit avec quelque attention les écrits des successeurs de Verheyen à l'Université de Louvain, ceux de Rega, en particulier, on voit s'y refléter les idées du premier sur l'alliance étroite qui existe entre l'anatomie, la physiologie et la pathologie, ces trois sciences n'en formant réellement qu'une seule. Le fameux traité de la sympathie, qui a immortalisé à juste titre son auteur, est, à mes yeux, un des heureux fruits des doctrines professées par Verheyen.

Pour achever l'exposition des travaux scientifiques de ce grand homme, il me resterait à vous parler, messieurs, d'une dissertation sur les fièvres, de traités de médecine et d'hygiène, enfin de quelques lettres adressées à une de nos célébrités médicales, à Palfyn. Vous me pardonnerez de ne pas vous entretenir de ces ouvrages, en ce que tout en témoignant de l'esprit d'observation, de l'érudition et de la bonne méthode de l'auteur, ils ne peuvent ajouter que peu de chose à sa réputation.

« Ce qu'un grand médecin laisse par écrit, a dit le célèbre Cuvier, n'est souvent que la moindre partie des services qu'il a

laissés aux hommes. Vainement on interrogerait sur son histoire, même lorsqu'ils lui survivent, ceux qu'il a arrachés à la douleur et à la mort, ceux auxquels il a conservé des êtres chéris ; ils ont éprouvé ses bienfaits sans pouvoir en juger le mérite. C'est comme par un Dieu inconnu qu'ils ont été soulagés. » En effet, messieurs, comment serait-elle révélée la partie la plus large des bonnes actions du médecin? Enregistre-t-il, pour les livrer au grand jour de la publicité, les soins, les consolations, les secours de tout genre qu'il prodigue journellement à l'indigence? Certes, non : les confidences du malheureux, les services qu'il lui rend, il les ensevelit dans le secret de son cœur... Et, ce ministère sacré, le médecin l'exerce encore, l'exerce toujours, bien qu'il n'ignore pas, car l'expérience est un grand maître, que tant de labeurs, de fatigues et de sacrifices ne lui seront comptés que par le pauvre et par celui qui sait tout et n'oublie rien. Tel a dû être, tel a été Verheyen, lui dont l'amour pour l'humanité éclate partout dans ses actes et dans ses écrits.

Messieurs, ma tâche serait achevée si je n'avais à vous signaler encore quelques traits propres à rehausser le noble caractère de notre modeste héros. Adonné avec passion aux travaux de l'amphithéâtre et du cabinet, il avait négligé les soins de sa fortune ; d'autre part, mû par le désir de reculer les bornes d'une science éminemment utile, d'en faciliter l'étude, de la rendre accessible à toutes les classes de la société, Verheyen, en publiant les fruits de ses veilles, s'était obéré, ainsi qu'il le dit lui-même ; il arriva donc pauvre au dernier terme de la vie, ne laissant d'autre héritage à sa famille qu'une réputation pure et un nom glorieux.

Quoique vieux avant l'âge, Verheyen n'avait pas attendu que la mort vînt frapper à sa porte pour s'y préparer. Rempli d'une vénération profonde pour le Père commun des hommes, animé jusqu'au moment suprême de l'amour de ses semblables, lui-même fit son épitaphe et y inscrivit deux pieuses pensées : il voulut que sa dépouille mortelle fût inhumée, contre l'usage du temps, dans le cimetière public, « *ne templum Dei dehonestaret*, » de peur de déshonorer le temple de Dieu, ou de l'infecter de miasmes malfaisants « *aut nocivis halitibus inficeret.* » D'abord, la crainte de profaner le lieu consacré à son Créateur, puis celle de nuire à ses semblables, tels ont été les derniers vœux de Verheyen... Sublimes inspirations d'une âme noble et religieuse, de quels termes me servir pour vous louer dignement... ! Elles suffiraient, certes, pour honorer à jamais un homme ; mais, en outre, la dernière disposition de cet admirable testament prouve que Verheyen n'ignorait nullement que l'inhumation des morts dans les églises

était un poison pour les vivants; et, dans son impuissance bien sentie de faire abolir une coutume universellement établie, il avait voulu du moins protester par son exemple contre un dangereux abus, devançant ainsi de cent ans l'adoption d'une mesure qu'il n'a pas fallu moins qu'une grande révolution pour généraliser.

Deux mots encore : la Belgique s'est-elle acquittée de sa dette envers Verheyen? Son portrait figure parmi ceux dont se compose la guirlande des médecins belges célèbres, gravée autour de la médaille qui consacre la fondation de notre Académie. C'est quelque chose de la part de la science médicale et des médecins.... Mais la patrie belge, mais le pays? Inspiré de l'heureuse idée d'exposer incessamment aux regards de la nation les noms des hommes qui l'ont illustrée, le Gouvernement les a fait inscrire sur les flancs de ces puissantes machines qui transportent au loin des populations entières, de même que les hommes de génie dont elles rappellent le souvenir, remorqueurs des intelligences, communiquent le mouvement aux esprits, les entraînent à leur suite et les introduisent dans des régions nouvelles....

Or, le nom de Verheyen n'a pas été omis parmi tant de grands noms... Est-ce assez pour sa mémoire? Ce serait démentir toute sa vie humble, simple et modeste, que de réclamer en sa faveur un monument fastueux... Je désirerais seulement que son buste décorât le lieu des séances de l'Académie de médecine et les salles de nos Universités... Il y a toujours profit à contempler l'image des hommes de génie : celle de Verheyen représenterait à la fois le génie et la vertu.

Après ces lectures, M. le président fait connaître le résultat du concours de 1845-1847, et annonce qu'une médaille d'encouragement, en or, a été décernée à M. le docteur Cardo (Jean-Edouard), de Saint-Nicolas, pour son Mémoire en réponse à la question relative à l'influence des marais et des polders sur la santé et sur la durée de la vie.

M. le président proclame ensuite les noms des savants belges et étrangers que l'Académie a élus membres honoraires et correspondants, dans sa séance du 30 octobre 1847.

A la suite de ces communications, M. le président annonce, en ces termes, les questions proposées pour les prochains concours :

I. — *Concours de* 1846-1848.

Première question. — « Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Deuxième question. — « Faire l'histoire de l'albuminurie, en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Troisième question. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du XIXe siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

L'Académie ne demande point de recherches nouvelles, mais bien un exposé complet de l'état de la science sur la matière.

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Quatrième question. — « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus, chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes ; décrire, avec précision, les modifications que les corps de Gaërtner subissent aux différents âges de la vie et dans l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique ; et, enfin, indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : *Une médaille d'or de* 300 *francs.*

Cinquième question. — Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval; établir, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

II. — *Concours de* 1847-1848.

« Rechercher les causes de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

III. — *Concours de* 1847-1849.

Première question. — « Faire connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquer les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées.

Prix : *Une médaille d'or de* 2,000 *francs.*

Deuxième question. — « Déterminer, par des expériences, les

modifications que la fibrine éprouve pendant l'acte de la digestion. Quelles sont les voies d'absorption par lesquelles elle passe dans l'économie? Quels sont ses usages? »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Troisième question. — « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Quatrième question. — « Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres; discuter leurs avantages et leurs inconvénients, en faire l'appréciation raisonnée, et établir, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui doit obtenir la préférence. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Cinquième question.— « Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

Sixième question, — « Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Septième question. — « Indiquer l'influence que les changements opérés depuis trois ans, dans le régime alimentaire, par suite de la crise des subsistances, ont exercée, quant au caractère, à la fréquence, à la marche, à la terminaison et au traitement des maladies, tant sur les populations libres que sur celles des prisons et des établissements de bienfaisance. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

IV. — *Concours de* 1847-1851.

« Exposer l'état de nos connaissance sur le lait. Déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent, sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,500 *francs.*

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier et du second programme, avant le 1er avril 1848; pour celles du troisième, avant le 1er avril 1849, et pour celle du quatrième, avant le 1er avril 1851.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis au concours; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seront jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les Mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les jugements, portés sur les Mémoires, seront respectivement publiés dans les séances solennelles de 1848, 1849 et 1851;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires;

Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le Bureau d'administration.

MÉLANGES.

*** Dans notre dernier numéro, nous avons appelé l'attention des praticiens sur l'emploi du *chloroforme* à l'intérieur chez les *aliénés* agités, et particulièrement chez ceux dont les cris continuels constituent un véritable fléau pour les établissements. M. *Victor Uytterhoeven* avait obtenu un brillant succès chez une malade de cette espèce; nous-même, nous avons parfaitement réussi dans un cas analogue. Une 3e épreuve, faite à l'hôpital St-Jean, a été suivie d'un résultat inespéré. Le sujet de l'observation est un nommé *Van Erp*, dont les vociférations continuelles dérangeaient non-seulement tout l'établissement, et cela depuis trois mois, mais avaient provoqué de vives réclamations de la part de tous les habitants du voisinage. Dans la journée du 8 février, M. le docteur *Bougard*, chargé du service au dépôt des insensés, sous la direction de M. *André Uytterhoeven*, a administré environ dix gouttes de chloroforme, et le malade en question a dormi d'un sommeil non interrompu, depuis 7 heures du soir jusqu'à 8 heures du matin. Les trois nuits suivantes, même résultat.

Par une circulaire, en date du 18 janvier dernier, M. le Ministre de l'intérieur a chargé MM. les Gouverneurs de rappeler aux Commissions médicales provinciales, que le débit du *chloroforme* tombe, à raison des propriétés de cette préparation chimique, sous l'application de l'art. 16 de la loi du 12 mars 1818, et ne peut conséquemment être vendu qu'en vertu d'une ordonnance de médecin, chirurgien, accoucheur ou pharmacien.

Berlin. — C'est M. Louis Stromeyer, professeur à la Faculté de médecine de Fribourg en Breisgau (Grand-duché de Baden) qui a été appelé par S. M. le Roi de Prusse, pour occuper la chaire devenue vacante à Berlin par la mort de Dieffenbach.

La rédaction des *Archives de la médecine belge*, a reproduit, dans un de ses derniers numéros, un article de M. G. Tourdes, collaborateur de la *Gazette médicale de Strasbourg*, sans mentionner la source où l'emprunt avait été puisé.

Cet oubli, qu'on pouvait attribuer plus judicieusement aux compositeurs qu'à la rédaction, a fourni à la *Gazette médicale de Strasbourg* le sujet d'une leçon à la Rédaction des *Archives* pour un manque de courtoisie dont celle-ci serait coupable envers elle.

Ne voulant pas rester sous le poids d'un semblable reproche, la rédaction des *Archives* s'empresse d'informer ses lecteurs que l'article intitulé : *Excursion médicale à Londres* est de M. G. Tourdes, collaborateur de la *Gazette médicale de Strasbourg*. (*Rédact.*)

SEPT. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	756,90	+16,0	+19,6	+12,1	97,0	4,33	OSO.-SO.	Assez beau ; pluvieux le soir.
2	750,31	+13,4	+15,3	+10,0	92,5	11,84	OSO.	Pluvieux, venteux.
3	756,97	+12,7	+15,6	+ 7,5	95,0	5,35	SO.-SSO.	Variable.
4	751,14	+13,9	+15,1	+ 9,1	91,0	2,55	SO.-O.-ONO.	Pluvieux.
5	754,22	+11,1	+14,9	+ 7,2	94,0	0,25	SO.-SSO.	Incertain.
6	754,40	+10,6	+15,1	+ 7,1	93,0	»	SSO.-SO.	Beau, un peu nuageux.
7	757,28	+12,1	+15,8	+ 7,3	93,5	0,25	SO.-ONO.	Beau, nuageux par intervalles.
8	755,81	+11,3	+15,3	+ 8,8	97,0	1,40	SSO.	Sombre, brumeux.
9	759,67	+14,4	+19,0	+11,2	99,0	0,64	OSO.	Nuageux ; s'éclaircit le soir.
10	762,82	+14,2	+19,0	+10,2	94,0	»	SO.-OSO.	Beau.
11	760,58	+14,8	+20,0	+ 9,4	95,5	»	S.-ONO.	Très-beau.
12	757,97	+14,8	+20,0	+10,4	96,0	»	SO.-SSO.	Très-beau.
13	754,63	+16,8	+24,1	+11,4	95,0	»	S.-SO.	Beau le matin, nuageux l'après-midi.
14	754,08	+14,8	+16,5	+ 9,2	93,5	2,55	SO.-O.	Nuageux.
15	756,50	+12,1	+16,2	+ 7,5	95,5	»	SO.	Beau, ensuite pluvieux.
16	745,09	+12,3	+18,3	+10,8	100,0	7,64	SO.-OSO.	Pluvieux, grand vent.
17	746,85	+13,1	+15,4	+11,2	89,5	0,38	OSO.-SO.	Variable, vent fort.
18	743,93	+12,3	+14,0	+ 8,7	93,5	8,65	SO.-OSO.	Nuageux, assez beau.
19	756,69	+10,1	+14,3	+ 6,5	94,0	0,25	SO.-OSO.	Beau.
20	752,65	+11,0	+16,3	+ 8,2	98,0	2,68	S.-SO.-OSO.	Très-nuageux et pluvieux ; vent fort dans la matinée.
21	761,65	+11,2	+14,2	+ 7,2	89,0	2,80	ONO.-SO.	Sombre.
22	759,55	+14,4	+16,9	+10,1	99,0	5,48	O.-OSO.	Couvert, sombre, pluie.
23	761,29	+15,2	+18,6	+11,9	92,0	0,51	OSO.	Beau.
24	761,47	+16,0	+18,1	+10,3	97,0	»	OSO.-N.	Gris, assez beau.
25	760,98	+11,5	+17,1	+ 8,4	99,0	»	N.-OSO.	Nuageux ; pluie le soir.
26	759,25	+13,1	+15,0	+ 9,3	97,0	0,76	NNO.	Gris, sombre ; pluvieux le matin.
27	763,77	+10,7	+13,1	+ 8,9	95,0	0,13	NNO.-NNE.	Couvert ; pluie le matin.
28	765,66	+10,9	+13,8	+ 6,0	89,0	»	NE.-E.	Beau ; nuageux dans la journée.
29	767,14	+ 9,1	+15,0	+ 4,7	98,0	»	E.-NE.	Beau ; nuageux dans la journée.
30	764,08	+ 9,8	+12,9	+ 8,0	93,5	»	NE.-E.-NNE.	Nuageux ; pluie le soir.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Traitement de l'épilepsie*; par M. DELASIAUVE, médecin de Bicêtre.

(Suite : *voir* t. V, mai 1847, p. 12; t. VI, juin, p. 66 : t. VII, juillet, p. 65; t. IX, septembre, p. 15; t. XI, novembre, p. 17; t. XII, décembre, p. 1.)
(Annales médico-psychologiques, novembre 1847.)

Il n'est guère d'organe dont quelque affection ne puisse ainsi se lier à l'épilepsie. Le tube digestif, le poumon, le cœur, la rate, les reins, la vessie, l'appareil générateur, ont été tous désignés par les auteurs; mais ces rapports sont difficiles à constater, et surtout il ne peut en ressortir que des inductions thérapeutiques très-vagues et très-générales. La seule condition morbide de ce genre qui mérite une considération spéciale, c'est la présence des vers dans les intestins. Aucun médecin n'ignore les réactions nerveuses que sont susceptibles de développer l'agacement et l'irritation produits par ces entozoaires. Très-souvent ils donnent lieu à une fièvre ardente, à des symptômes graves de méningite, à des convulsions, etc.

Dans l'historique des traitements qui précèdent, on voit plusieurs exemples de guérisons incidemment obtenues par l'évacuation des vers en plus ou moins grand nombre. Les ouvrages médicaux contiennent d'autres observations encore, dans la plupart desquelles les médications spécifiques ont été mises en usage en vue de procurer cette expulsion. Bartholin, par exemple, donna à une femme, qui avait vainement employé une foule d'anti-épileptiques, les pilules mercurielles, lesquelles lui firent rendre beaucoup de vers, et les accès cessèrent (*Cent.* 4, obs. VII). Un enfant de six ans avait chaque jour des attaques qui commençaient par un sentiment douloureux du bas-ventre; il guérit par des vermifuges que lui prescrivit Stahl et qui provoquèrent la sortie d'une grande quantité d'ascarides (*Théor. méd.*, p. 1018). Une jeune fille fut délivrée de la même manière par Heister au moyen du mercure cru uni au quinquina (Liv. II, p. 285).

Tissot, qui regarde la disposition vermineuse comme très-favorable à la production de la maladie épileptique, a extrait d'une dissertation inaugurale (de Melle, *De vi vitali*, § 107, Leide) un cas d'épilepsie entretenue par un ver solitaire, et dont le malade fut débarrassé par un mélange d'huile d'amandes amères et d'huile de térébenthine ; lui-même a guéri une épilepsie vermineuse avec la poudre cornachine et le mercure doux (p. 253). On lit encore dans cet auteur l'histoire de deux guérisons à la suite de l'expulsion spontanée de longs fragments de vers plats. Selon lui, les épilepsies produites par cette espèce de vers sont très-difficiles à détruire. Portal, de son côté, raconte quelques faits remarquables : un enfant était devenu épileptique par le concours d'une double cause, le travail de la dentition et l'influence vermineuse. Entre autres moyens propres à dissiper la congestion cérébrale, on répéta les vermifuges, notamment l'huile de ricin dans une décoction d'absinthe ; le malade n'avait point évacué de vers, lorsque, purgé dans une fièvre putride, il rendit un tœnia de six aunes de long, dont la sortie mit fin aux accès (p. 339). Chez un second malade, l'épilepsie avait succédé à une affection herpétique trop tôt supprimée. Les moyens ordinaires ayant échoué, on finit par reconnaître tous les signes qui annoncent la présence des vers dans les intestins ; des anthelminthiques, des purgatifs vermifuges furent administrés, et la guérison devint le prix de ce traitement continué avec persévérance (342). Dans un dernier cas, Portal prescrivit à plusieurs reprises, et toujours inutilement, des préparations anthelminthiques à un enfant de trois ans épileptique, qu'il supposait avoir des vers ; mais peu de temps après, ce même enfant, ayant pris 3 gros d'huile de ricin, rendit un gros strongle, et fut, sinon complétement délivré, du moins considérablement soulagé de sa maladie. On doit aussi au docteur Haasbauer, médecin à Schœrding, un exemple analogue aux précédents : son malade avait des accès tous les quinze jours ; ils disparurent après une évacuation de vers produite par l'usage de la santoline et du calomel unis à la valériane et à d'autres anti-épileptiques (*Journ. compl. du Dict. des scienc. méd.*, t. XVI, p. 285). M. Michel de Barbentane, ayant eu enfin à soigner un jeune garçon de dix ans dont les attaques avaient cinq années d'existence et revenaient tous les quinze jours, lui donna en vain plusieurs anti-épileptiques connus, l'indigo en particulier. Soupçonnant alors qu'il pouvait y avoir des vers, il eut recours successivement à l'huile de ricin, au mercure et au croton tiglium, qui, par l'expulsion de nombreux pelotons de ces hôtes incommodes, déterminèrent la cure.

On n'a pas constamment le bonheur de provoquer du premier coup la sortie des entozoaires. Si dans certains cas des indices trompeurs exposent à insister sur des remèdes tout au moins inutiles, beaucoup plus souvent la réussite tient à une judicieuse persévérance ; quelquefois les vers, en s'entrelaçant, forment une sorte de faisceau qui résiste à l'agression des médicaments, ou se cantonnent dans des lieux d'où il est difficile de les déloger. Une jeune fille de douze ans avait une affection abdominale ; nous supposions cette affection causée par des vers, parce que la malade en offrait les caractères et qu'elle en avait rendu quelques-uns. Toutefois, plusieurs vermifuges furent donnés sans résultat; mais nous n'abandonnâmes pas pour cela le traitement, et un jour, en une seule fois, sortit un peloton de dix vers lombricoïdes, dont l'expulsion marqua le terme des accidents. Dans une autre circonstance, nous fûmes témoin encore d'un événement analogue et non moins remarquable, exclusivement dû au hasard : appelé auprès d'un garçon de sept ans, maigre et d'une constitution éminemment lymphatique, nous reconnûmes chez lui l'existence d'une pleuro-pneumonie grave et étendue du côté gauche; la fièvre était intense, le point de côté considérable, la respiration saccadée et très-pénible, l'expectoration abondante et rouillée ; il y avait en arrière de la poitrine un affaiblissement général de la résonnance, et l'on entendait, dans plus des deux tiers du poumon, soit du râle crépitant, soit du souffle bronchique. Nous eûmes naturellement recours à des moyens énergiques, dont les principaux consistèrent en trois petites saignées du bras et en deux applications de sangsues ; bientôt tous les signes locaux disparurent; seul l'état fébrile n'avait pas subi la décroissance des autres phénomènes, ce qui nous inspirait à la fois de la surprise et de l'inquiétude ; or, cette convalescence suspecte durait depuis quatre jours, lorsqu'une nouvelle douleur vint inopinément éclater dans le même côté, mais un peu au-dessous de la précédente. Que pouvait être cette douleur ? Cette fois elle ne s'accompagnait plus de désordre dans la poitrine ; nous renonçâmes à en déterminer la nature, et comme le sujet débile par lui-même venait de subir un traitement qui avait contribué à l'épuiser encore, au lieu de recourir aux antiphlogistiques, qui auraient pu être nuisibles, nous nous décidâmes pour l'application d'un très-large vésicatoire volant camphré sur la région douloureuse. Serait-ce l'impression des cantharides et du camphre ? Quoiqu'il en soit, le malade, pris de nausées, vomit sept lombrics enchevêtrés les uns dans les autres : fièvre et douleur partirent comme par enchantement. Selon toute vraisemblance, les parasites

s'étaient retranchés dans le grand cul-de-sac du ventricule comme dans un fort inexpugnable.

Du reste, le choix des spécifiques antivermineux, dont on ne paraît guère s'être préoccupé, n'est pas sans influence sur le succès du traitement. Certains d'entre eux, comme l'éther par exemple, à cause de leur diffusibilité, n'agissent que dans les premières voies ou dans la fin du gros intestin, lorsqu'ils sont introduits en lavement, tandis que d'autres, moins aisément absorbables, parcourent en totalité ou en grande partie la longueur du tube intestinal. Quelques-uns aussi conviennent spécialement à certaines espèces de vers et non point à d'autres. Dans l'occasion, il importe donc de ne pas négliger l'étude de ces circonstances. On n'attend pas que nous fassions ici l'histoire des différents vermifuges, la nomenclature en est connue ; disons seulement que les plus généralement usités sont : le semencontra, la mousse de Corse, la fougère mâle, l'écorce et la racine de grenadier, l'absinthe, l'éther, le calomel, l'huile de ricin, de croton, l'essence de térébenthine, etc., etc. La valériane elle-même jouit de propriétés vermifuges prononcées ; aussi son association aux autres anthelminthiques est-elle d'autant mieux indiquée qu'elle a une action propre sur l'épilepsie. Dans une foule de cas du genre de ceux que nous venons d'exposer, Marchant, au dire de Tissot, aurait tiré de cette union un grand avantage (p. 243).

Les maladies cutanées et surtout la gale jouent, à l'égard de l'épilepsie, un rôle particulier, dont quelques observations ont pu déjà donner l'idée. Sans doute, par l'irritation qu'elles occasionnent, elles sont susceptibles, comme les autres affections, de provoquer sympathiquement les convulsions épileptiques, mais en général leur mode d'influence est différent, et elles n'ont guère ce résultat que lorsqu'elles s'effacent et disparaissent. Il semble que le principe morbide, que le vice qui les entretenait, refoulé, répercuté comme on dit dans l'économie, aille porter ses ravages sur d'autres organes et, dans ce cas-ci, sur l'encéphale et ses dépendances. Les auteurs qui ont écrit sur le mal caduc en ont tous recueilli des exemples. Le meilleur moyen pour détruire ces épilepsies, justement nommées métastatiques, consiste à rappeler l'affection primitive quand la chose est possible, ou à la remplacer dans les conditions opposées par quelque travail morbide extérieur. Hoffmann parle d'une épilepsie qui aurait été guérie par une éruption psorique ; mais cet auteur ne dit point ce qu'il eût été important de savoir, si elle en avait aussi été précédée. Tissot, qui cite ce fait, a vu lui-même une fille de dix-sept

ans, atteinte d'épilepsie, et qui, après quinze jours de l'usage de la valériane, contracta une gale pour laquelle il la soigna pendant six semaines. Tant que dura cette maladie, les accès, qui avaient lieu dix à douze fois par mois, ne parurent point, mais ils revinrent dès qu'elle eut disparu elle-même. Chassée de nouveau par la reprise de la valériane, qui provoqua une seconde gale, ils se reproduisirent encore lorsque celle-ci fut passée. Cette alternative eut lieu trois fois. Tissot conseilla les fortifiants à l'intérieur et un cautère à la jambe gauche, siége des démangeaisons les plus fortes; ayant perdu de vue la malade, il n'a su si elle était rétablie, mais il en manifeste l'espoir (p. 186). Quoique intéressante, cette observation, comme celle d'Hoffman, laisse à désirer la chose essentielle. Il convient, d'ailleurs, de remarquer que l'effet produit en cette circonstance n'a rien d'exceptionnel, et qu'ainsi que nous l'avons montré on le retrouve à l'égard des diverses maladies qui se déclarent dans le cours de l'épilepsie. Portal fit mettre la chemise d'un galeux à un épileptique, chez lequel l'emploi de l'eau de Goulard avait opéré la répercussion de la gale. La gale survint en effet, mais sans porter aucun amendement à l'épilepsie. « Peut-être, dit l'auteur, cette inoculation a-t-elle été faite tardivement (p. 94). » Ce qui porterait à le croire, c'est que, par la communication artificielle de la gale, Archambault guérit une dame chez laquelle les accès, attribués à la rétrocession d'une affection psorique, avaient résisté à une foule de remèdes (*Journ. gén. de méd.*, t. LVII, p. 94). Un médecin italien, Valli, se livra en 1808 à de curieuses expériences sur le sujet qui nous occupe. Nos armées présentaient alors beaucoup de galeux et d'épileptiques. Or, soupçonnant que parmi ces derniers plusieurs pouvaient devoir leur affection à une gale rentrée, il en soumit soixante à la contagion, mais deux seulement furent guéris. Ce résultat est faible assurément; on doit, toutefois, en tenir compte.

Nous avons avancé que l'irritation, à laquelle donnaient lieu les maladies cutanées, pouvait entretenir les accidents épileptiques. Dans ce cas, s'il était soupçonné, au lieu de respecter l'éruption, il est clair qu'il faudrait tendre à la faire cesser. Le docteur Viguié, de Rouen, guérit de la sorte un épileptique, âgé de 18 ans, en remédiant au vice psorique (Portal, p. 293).

Certaines conditions générales de l'économie peuvent favoriser la production de l'épilepsie ou imprimer à cette affection un cachet spécial. On a attribué cette influence, parfois assez vaguement, à diverses diathèses, à divers vices ou intoxications; et de même que l'on avait admis des épilepsies vermineuses et herpétiques,

on a également reconnu des épilepsies scrofuleuses, rachitiques, rabiques, vénériennes, et, dans ces derniers temps, saturnines. Comme, au point de vue thérapeutique, le seul énoncé de ces espèces emporte avec lui l'idée de la médication, qui n'est autre que celle de la disposition constitutionnelle elle-même, nous croyons ne pas devoir insister sur chacune d'elles. Nous entrerons seulement dans quelques détails relativement aux épilepsies vénériennes et saturnines, dont la réalité paraît le moins sujette à contestation.

Pour s'expliquer l'origine syphilitique de l'épilepsie, il suffit de penser que le cerveau, et surtout les parois osseuses qui l'environnent, ne sont pas moins que les autres organes susceptibles de recevoir l'impression détériorante du virus vénérien. On est en droit de la soupçonner lorsque les symptômes convulsifs, consécutifs à l'infection, sont en outre accompagnés des phénomènes qui annoncent la syphilis secondaire. Que si l'épilepsie a préexisté à l'introduction du virus et partant aux désordres qu'il produit, ces désordres doivent être regardés comme une complication importante, si leur apparition a été le signal d'une aggravation notable des attaques. Dans ce double cas, les moyens propres à combattre le mal vénérien ont procuré d'incontestables avantages. « Ils sont même alors, dit Tissot, le seul vrai remède (p. 346). » Locher dut au mercure la guérison d'un épilepsie, sinon causée par la vérole, du moins coïncidant avec elle. Entre autres symptômes syphilitiques, le sujet de son observation portait au crâne un tophus considérable. Il lui fit prendre du sublimé corrosif, remède sur lequel il faisait à cette époque des expériences. Le résultat ne fut pas d'abord sensible, mais le tophus étant venu à s'ouvrir, les deux maladies se terminèrent en même temps (*Obs. prat.*, p. 41). Piso guérit par la salivation un homme que le virus vénérien avait jeté dans l'épilepsie. Scardona réalisa le même succès chez une veuve de 30 ans, qui avait deux ou trois accès par jour, et qui, n'ayant pas de suite avoué que les accidents épileptiques avaient commencé par une gonorrhée, usa sans aucun profit des remèdes ordinaires (*Aph. de Cognos. et cur. morb.*, l. I, p. 163). Dans son mémoire sur l'épilepsie (p. 28 et 130), Maisonneuve rapporte à son tour l'histoire de deux épileptiques vénériens traités heureusement par l'administration des mercuriaux. On trouve dans le *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (t. LVII, p. 95) une observation analogue. Le mal caduc provenait, dans ce cas, de la métastase d'un bubon vénérien. Portal cite le fait d'un enfant qui, allaité par une nourrice vénérienne, devint rachitique et épilep-

tique. L'emploi longtemps continué du sirop de Bellet, uni aux bains et aux fortifiants, le débarrassa de ses attaques, mais il resta difforme (p. 282).

On sait que Cullerier oncle a publié quelques pages remarquables sur l'épilepsie syphilitique (*Journ. gén. de med.*, t. XIV, p. 271). Il paraît qu'alors cette variété de la maladie avait été perdue de vue ; car des écrivains, ignorant sans doute les observations qui précèdent, lui ont attribué à tort l'honneur de l'avoir le premier signalée. Quoiqu'il en soit, le mémoire de Cullerier contient deux cas de guérison par les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swiéten et le sirop sudorifique. Son premier malade, âgé de trente ans, avait, depuis trois ans qu'il était atteint, épuisé toutes les ressources de la pharmacie. En soixante jours on lui fit vingt-huit frictions ; la guérison avait un an de date. Chez le second, âgé de trente-trois ans, l'épilepsie était survenue seulement depuis six mois. Ces deux épilepsies ont débuté après la syphilis, et il a été impossible de leur assigner une autre cause.

L'auteur d'un journal italien, le docteur Veigel, prétend avoir obtenu plusieurs guérisons en poussant jusqu'à la salivation l'usage du mercure (*Bibl. Ital.*, t. IV, p. 1). Mais il n'est pas sûr qu'au lieu d'être cause la maladie vénérienne ne fût pas seulement coïncidente. Pareil doute n'existe point dans l'observation suivante de M. Gibert. Une altération syphilitique des os du crâne avait déterminé les mouvements convulsifs. Le traitement vénérien triompha simultanément des deux affections (*Rev. méd.*, t. III, p. 365, 1835).

Dans les observations qu'on vient de lire, le mercure figure presque exclusivement comme base du traitement de l'épilepsie syphilitique. Anciennes déjà, elles ont été recueillies dans un temps où l'on n'avait point encore l'usage des préparations iodées, qui sont regardées comme si efficaces contre les accidents secondaires et tertiaires de la vérole. Vraisemblablement ces préparations ne le céderaient en rien aux mercuriaux dans les circonstances où ceux-ci réussissent.

Peu d'auteurs se sont occupés du mode d'administration du mercure dans le cas dont il s'agit. Portal donne en général la préférence aux frictions à petites doses et à distances assez éloignées. Elles n'ont pas, unies surtout à un peu de camphre et d'extrait d'opium, l'inconvénient de provoquer une prompte salivation, ni celui de causer, comme le sublimé corrosif, des accidents inflammatoires et nerveux, principalement aux sujets irritables. Si cette distinction est fondée, elle est aussi restreinte,

et, en l'absence d'indications plus précises, la nécessité fait une loi, relativement aux prescriptions des mercuriaux, de se conformer aux règles le plus habituellement suivies.

La médication mercurielle se confond pour ainsi dire avec le traitement de l'épilepsie vénérienne; aussi n'avons-nous pas cru devoir lui consacrer une place à part parmi les autres remèdes. Cependant quelques praticiens, contrairement à Tissot, pour qui le mercure n'est point un anti-épileptique, assurent l'avoir appliqué avec succès dans les différents genres d'épilepsie. Willis croyait, toutefois sans être étayé d'expériences acquises, que les convulsions épileptiques pouvaient être complétement dissipées par la salivation mercurielle (*Maux vénériens*, p. 197). Housset propose le mercure comme le plus actif et le plus prompt qu'on puisse imaginer pour la guérison radicale de l'épilepsie idiopathique, et il cite à cette occasion le fait d'un jeune homme à qui il procura une salivation pendant plus de trois mois, et qui mourut trois ans après d'une affection étrangère sans avoir eu d'accès (*Dissert. sur les parties sensibles du corps humain*, p. 72). Il est vrai que le malade usa en même temps de bains, de saignées et de purgatifs. Portal administra encore ce remède à un enfant qui guérit après avoir évacué deux vers strongles (p. 420); il aurait par conséquent agi ici comme vermifuge plutôt que comme anti-épileptique. Nous avons prescrit aussi le calomel à différents malades et notamment à trois qui éprouvèrent une salivation abondante et prolongée; ce médicament n'a que médiocrement ralenti les attaques, excepté chez l'un d'eux, qui fut pendant quelques semaines sans en éprouver, tandis qu'auparavant elles étaient fréquentes et rapprochées.

Si le mercure remédie aux accidents de la syphilis, il en cause quelquefois de non moins graves. D'après Portal, on a signalé plusieurs épilepsies qui ont été attribuées à ses effets. Il convient donc de mettre de la réserve dans l'emploi qu'on en peut faire, afin de ne pas aggraver des accidents qu'on cherche à détruire.

Si les bases du traitement de l'épilepsie vénérienne sont à peu près arrêtées, il n'en est pas de même de celui de l'épilepsie saturnine. Cela ne doit point étonner, puisqu'il y a dix ans à peine que cette affection a commencé à être étudiée avec quelque soin. On en avait parlé sans doute avant cette époque; mais restreintes, confondues dans des traités généraux, isolées dans des recueils périodiques ou vaguement présentées, les observations dont elle avait été l'objet n'ont point fait une sensation suffisante. Aujourd'hui, nous connaissons mieux l'épilepsie saturnine, grâce à plusieurs écrits récents, et en particulier à

l'important et remarquable ouvrage de M. Tanquerel des Planches sur les maladies de plomb, qui contient à cet égard les notions les plus étendues et les plus approfondies. Dans la nomenclature de ce savant confrère, l'épilepsie saturnine constitue une des variétés de son encéphalopathie, dénomination heureuse qui est restée dans la science. La fréquence de cette maladie est beaucoup plus considérable qu'on ne serait tenté de l'imaginer d'abord. Sur trente et un sujets atteints d'accès saturnins dont M. Tanquerel a exposé au long l'histoire, elle s'est montrée chez onze, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas. M. Nivet, de son côté, a mentionné une vingtaine d'exemples appartenant à divers auteurs. (*Gazette méd.*, p. 104, 1837).

L'épilepsie saturnine offre de nombreuses différences avec les autres épilepsies. A part l'*aura*, qu'on n'a point signalé encore, on retrouve, il est vrai, dans les accès la succession des phénomènes ordinaires : cri initial, perte subite de connaissance, secousses spasmodiques, intumescence violacée de la face, pâleur livide, sterteur, écume à la bouche, prostration, hébétude; mais ces accès n'ont point le caractère d'isolement tranché qui d'habitude donne à la maladie sa physionomie propre et indépendante. Ils ne sont qu'une des expressions de l'état de souffrance qui les produit, qu'une des faces d'un appareil symptomatique plus général. L'épilepsie est toujours accompagnée alors de délire, de coma, de paralysies, de convulsions, etc. ; ou le plus souvent même elle ne fait, en les aggravant, que s'ajouter à ces signes, manifestations plus constantes du travail morbide continu dont le cerveau est le siége. Transitoire, d'ailleurs, comme ce travail morbide auquel elle est liée, elle a une marche essentiellement rapide, quelle qu'en soit l'issue, favorable ou funeste. Du moins, lorsque la guérison a été opérée, on n'a point noté de récidive.

D'après les faits connus, le pronostic aurait beaucoup de gravité. Presque tous les cas de M. Nivet, deux ou trois exceptés, ont été mortels. Ceux dont se compose la statistique de M. Tanquerel sont infiniment plus heureux : sur quatorze malades affectés, cinq de convulsions simples, sept d'épilepsie, deux seulement ont succombé (p. 345). Cette diversité de résultats tient-elle, comme le pense M. Tanquerel, à la différence des médications? En comparant les méthodes, on est en effet conduit à le présumer.

Il y a, selon M. Nivet, deux indications à remplir dans le traitement de l'épilepsie saturnine : combattre la colique qui persiste, puis l'affection cérébrale. Pour cela, malheureusement, il avoue ne pas savoir quels sont les moyens efficaces. Les saignées lui ont

paru nuisibles, la valériane sans effet. Il augure mieux des opiacés associés aux sudorifiques, desquels il espère l'élimination du principe toxique. Deux guérisons obtenues par le docteur Canuet, à l'aide des émissions sanguines générales et locales et des vésicatoires, sont à ses yeux des cas exceptionnels. On aurait également combiné sans le moindre succès le traitement de la Charité avec la valériane, les opiacés, les exutoires et les affusions froides. Le vin émétique, les potions antispasmodiques, le sulfate de quinine, l'extrait de quinquina, ont enfin été parfaitement inutiles.

M. Grisolle, dans un mémoire sur les accidents cérébraux saturnins, a exprimé les mêmes doutes que M. Nivet (*Journ. hebdomad.*, p. 395, t. IV, 1836). Il ne préconise ni n'exclut aucun moyen en particulier, même la saignée, qui convient, à son avis, lorsque le pouls est dur, large et fréquent. Il recommande le traitement de la Charité dans les cas où la colique continue son cours. L'opium peut avoir son utilité, et M. Grisolle blâme la pusillanimité de certains médecins qui redoutent son emploi, dût-il survenir un peu de narcotisme, condition favorable à l'action de cette substance. Il insiste encore sur les révulsifs externes, appliqués de préférence sur un endroit rapproché du mal, sur le cuir chevelu. Mais le remède que surtout il affectionne, c'est l'affusion froide. « J'ai vu, dit-il, employer cette médication trois fois. Deux des malades ont guéri, et le troisième avait éprouvé une amélioration passagère, lorsqu'il fut emporté dans un accès. » Dans les cas de guérison, ajoute-t-il plus loin, les accès ont cessé de se reproduire immédiatement après l'affusion. Les malades se sont aussitôt endormis, et à leur réveil l'intelligence était à peu près intacte. » La durée de l'affusion varie suivant la force du sujet et l'intensité des accidents. En général, elle doit être de deux à trois minutes, et, pour l'administrer, il faut choisir l'intervalle des attaques.

M. Tanquerel n'indique point de traitement spécial pour l'épilepsie saturnine. Il confond sous ce rapport toutes les formes de l'encéphalopathie comme dérivant d'un même principe morbide, et réclamant par conséquent les mêmes applications thérapeutiques. Passant en revue les agents des diverses méthodes plus exposées, il les rejette à peu près tous comme nuls ou dangereux. Il avait d'abord eu une certaine confiance dans l'opium à haute dose ; mais l'expérience ne l'a point justifiée, car sur six malades quatre ont succombé, et les deux autres n'ont point recouvré la raison plutôt que les individus dont la maladie a été abandonnée aux seuls efforts de la nature. Les affusions froides

ont échoué une fois sur trois ; mais dans les deux autres cas, contrairement aux faits relatés par M. Grisolle, les accès n'ont point cessé de se reproduire immédiatement après l'affusion. Le traitement de la Charité, l'huile de croton tiglium, la limonade sulfurique, la valériane, le sulfate de quinine, n'ont eu également que des effets équivoques ou stériles. Les meilleurs résultats observés par M. Tanquerel sont dus à l'abstention de toute méthode énergique. Chez trente-quatre malades, dont huit atteints de la forme délirante, deux de la forme comateuse, vingt-quatre de toutes les formes réunies, délire, coma, convulsions, un seul a succombé. « C'est dans le service de M. Rayer, dit M. Tanquerel, que s'est offert ce beau résultat. Ce judicieux observateur a été amené à cette conduite par les cas de mort fréquents qu'il avait observés lorsqu'il dirigeait un traitement très-actif contre l'épilepsie saturnine. Il pense aujourd'hui qu'il faut se garder d'ajouter encore au trouble de l'encéphale par l'emploi de médications énergiques. »

« Certainement, ajoute plus loin le même auteur, qui partage, on le conçoit et avec raison, cette manière de voir, le médecin, qui est témoin de si violents accidents du côté du cerveau, résiste difficilement au désir de prescrire quelques médications, dans l'espoir qu'elles ne pourront nuire, et que peut-être elles préviendront une catastrophe funeste : il est pénible pour lui de se croiser les bras devant le mal ; mais enfin l'expérience est le plus grand des maîtres ; les faits que nous avons rapportés sont assez concluants pour persuader à tout praticien que le meilleur mode de traitement à opposer à l'une des plus formidables maladies dont l'homme puisse être affecté, l'encéphalopathie saturnine, est celui dont nous avons suivi les effets à l'hôpital de la charité dans le service de M. Rayer, c'est-à-dire la méthode expectante dont la diète et les boissons délayantes font la base. » Sans rien préjuger sur le fondement d'assertions qu'il nous est impossible de soumettre jusqu'à présent au contrôle de notre observation propre, remarquons, toutefois, quant à nous, que l'épilepsie saturnine n'est pas la seule maladie dans laquelle on se montre trop pressé d'agir. Plus d'une fois il nous est arrivé, respectant les salutaires opérations de la nature, de voir céder, comme par enchantement, des symptômes menaçants qui, probablement, se fussent aggravés, si nous eussions été entraîné par la tentation d'intervenir.

Nous terminerons par ces remarques l'historique des traitements employés contre l'affection épileptique. Malgré nos efforts, il s'y sera glissé peut-être quelques irrégularités regrettables,

plus d'une chose importante y aura été omise. Ces sortes de recherches exigent des ressources bibliographiques et des sacrifices de temps, qui ne nous ont pas toujours permis, comme nous l'aurions souhaité, de consulter les sources originales. Il a fallu souvent nous contenter d'extraits tronqués, de citations laconiques, si ce n'est fautives. En outre, peu familier avec les langues étrangères, nous avons forcément négligé plusieurs ouvrages précieux qui n'ont point été traduits en France. Tout incomplet que puisse être cet exposé, en raison de ces circonstances, nous osons néanmoins espérer que, ne fût-ce que comme point de départ à de nouveaux essais, il n'aura pas été tout à fait inutile; non seulement, en effet, les différentes médications anti-épileptiques y sont indiquées, mais, en l'absence de détails sur lesquels on sent le besoin d'être édifié, on peut pourtant prendre, jusqu'à un certain point, l'idée du degré de confiance que méritent la plupart d'entre elles. Le sujet, au surplus, est digne du plus haut intérêt; il s'agit du salut d'une multitude de victimes atteintes de la plus affreuse des infirmités, et nous ne renonçons point au dessein que nous avons conçu, si notre santé, malheureusement ébranlée, vient à se raffermir, de poursuivre nos investigations, afin de remplacer cette première ébauche par une œuvre plus étendue et moins imparfaite.

Cependant, notre tâche actuelle n'est pas encore remplie. Jetant un coup d'œil rétrospectif sur les documents que nous venons de parcourir, après les avoir examinés en particulier, il nous reste à porter sur l'ensemble un jugement plus général, à en faire jaillir des règles de conduite, à en tirer, pour ainsi dire, la moralité. Mais, avant de nous livrer aussi brièvement que possible à cette appréciation, restituons ici quelques faits omis dans nos notes ou publiés depuis, et qui auraient dû trouver place dans leurs articles respectifs.

En traitant du tartre stibié, nous n'avons point eu l'occasion de signaler l'emploi de cette substance à dose rasorienne. Le docteur Eenens, de Saintes (Brabant), assure avoir, dans deux cas, suivi cette méthode avec avantage (*Belg. méd.*, septembre 1845, et *Annal. Psych.*, mai 1847.) La première fois, ce fut chez un individu d'un tempérament nervoso-sanguin, sujet à de légers accès convulsifs, et qui, plus tard, fut pris de véritables attaques d'épilepsie; celles-ci revenaient fréquemment et n'avaient subi aucune amélioration par divers traitements. M. Eenens eut alors recours à la potion stibiée, qu'il porta de 50 centigrammes à 1 gramme en quatre jours, diminuant ensuite insensiblement les doses; les accès n'ont plus reparu. A la même

époque, la fille aînée de ce malade, âgée de quinze ans, et ayant tous les jours deux ou trois attaques violentes, aurait été guérie de la même manière.

D'après une note remise à l'Académie royale de médecine par M. Peysson, médecin à l'hôpital militaire de Cambrai, les frictions avec la pommade émétisée auraient également procuré à ce praticien la cure de trois épileptiques. L'un, enfant de dix ans, malade depuis un mois, fut guéri en trente jours; les deux autres, jeunes filles de dix-neuf et de douze ans, éprouvèrent un très-grand soulagement. Mais la commission, qui se composait de MM. Louyer-Villermay, Falret et Esquirol, opposa à ces succès les expériences absolument infructueuses tentées, avec le même moyen, par MM. Pariset et Esquirol. Répétées de quatre en quatre heures, les frictions furent faites sur les points où abondent les vaisseaux lymphatiques, avec une pommade composée d'un gros d'axonge et d'une once de tartre stibié. Dans l'un des cas, on fut, à plusieurs reprises, forcé de les suspendre à cause de l'abondance de l'éruption, et chaque interruption fut le signal du retour des accès (*Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 462, 1826).

Portal (p. 398) a consacré un assez long article au *narcisse des prés*, à la fleur duquel Dufresnoy attribue une vertu antispasmodique utile dans les maladies nerveuses, et en particulier dans l'épilepsie. Cette propriété a été confirmée par Veillechèse, qui, cependant, n'a obtenu sur quelques épileptiques qu'une amélioration passagère. (*Journ. de méd., chir. et ph.*, décembre 1808.) De leur côté, MM. Loiseleur, Deslonchamps et Marquis ont prescrit, soit l'extrait des fleurs ou les fleurs elles-mêmes en poudre, avec un grand amendement dans le nombre et la gravité des attaques. On administre ces fleurs en infusion, en extrait, en poudre ou en sirop. Il résulte, en outre, d'expériences faites sur des chiens par M. Orfila, que le narcisse des prés a une action émétique, et serait susceptible, à doses un peu élevées, d'occasionner des symptômes graves.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* (décembre 1846) mentionne l'observation d'une jeune fille, de dix-sept ans, scrofuleuse, dont les accès, rebelles à toutes sortes de remèdes, furent avantageusement modifiés par l'usage de la belladone. Étant entrée à l'hôpital Cochin dans le service de M. Blache, on lui fit prendre, chaque jour et en une seule fois, 2 centigrammes d'extrait et 2 centigrammes de poudre de la racine de cette plante. Auparavant, les attaques étaient violentes et quotidiennes ; après sept mois de traitement, elles revenaient à peine tous les quinze jours,

étaient de courte durée et ne consistaient qu'en de simples vertiges. Ce n'est point une guérison, mais seulement une amélioration qui confirme, sans y rien ajouter, l'idée que les faits ci-devant exposés suggèrent touchant l'influence de la belladone.

Enfin la valériane compte un succès sur lequel nous avons glissé par inadvertance, et que nous nous empressons d'établir ici avec les loyales explications qu'y a jointes l'auteur en nous le rappelant. Dans l'année 1804, notre honorable confrère, M. Maccartan, dont nous avons déjà eu l'occasion de citer une observation importante dans un autre travail (*De l'angine laryngée œdémateuse*, p. 16), traita par la valériane une demoiselle, Henriette C..., gravement atteinte d'épilepsie. Cette personne éprouva tant de bien de cette médication, que M. Maccartan, l'ayant revue longtemps après, l'a trouvée mariée, heureuse, fraîche, bien portante et exempte du moindre indice de rechute.

Toutefois, dans des essais subséquents, peut-être à cause de l'indocilité des malades, les résultats obtenus par le même médecin ne répondirent pas entièrement à ce premier avantage. « J'accusai d'abord, dit-il, la qualité inférieure de la racine dans les environs de Paris, ou même son défaut de pureté ; et comme celle qui m'avait réussi avait été achetée et préparée à Tours, j'en fis demander de la même espèce au pharmacien qui l'avait fournie. Mais cette précaution fut à peu près superflue. Alors je fus tenté de croire (et je le crois encore) que la petite valériane n'est réellement efficace que dans les épilepsies non héréditaires, sans vice organique, dans celles, par exemple, où, comme cela avait lieu chez mademoiselle Henriette C..., les accès sont dus à la frayeur ; ce qui serait déjà un assez beau privilége. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

2. *Recherches cliniques sur les névroses;* par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin : *voir* t. XI, novembre 1847, p. 46; t. XII, décembre, p. 31.)

(Gazette médicale de Paris, N° 50 ; 1847.)

De l'hystérie (*vapeurs, maux de nerfs.*)

De tout ce qui précède, il résulterait que l'hystérie est essentiellement une affection généralisée du système nerveux. Les auteurs du *Compendium* et M. Bouillaud (Nosographie) demandent ce que signifie une *affection du système nerveux*. « Voilà, ajoutent-ils, ce qu'il faudrait nous apprendre. » Nous leur serions vraiment obligé de vouloir bien nous le dire ; car nous n'en savons rien ; mais nous demandons à notre tour s'il est bien

philosophique de nier un phénomène patent, par cela seul qu'on ne le comprend pas, si, par exemple, il faudrait nier l'état typhoïde par la raison qu'on est si peu d'accord sur son essence. Oui, l'hystérie consiste dans un état général du système nerveux, et si M. Bouillaud nous demande encore de quel système, nous répondrons catégoriquement que la physiologie moderne tend à établir qu'il n'y en a qu'un et que nous entendons parler de tous les deux, s'il en existe deux. Quant à la nature de cet état, nous ne nous croyons nullement obligé de la déterminer, d'autant mieux que pour nous cet état n'est souvent qu'un effet de causes très-diverses ; il en est ainsi de la plupart des affections convulsives, du délire, etc. Voudrait-on bien nous dire quelle est l'essence du délire, lequel peut resulter de la congestion comme de l'hémorrhagie, de la colère comme de la frayenr, etc.? Avec presque tous les nosographes, nous plaçons l'hystérie dans la classe des *névroses*, mais des névroses générales et non pas de l'appareil utérin primitivement; moins hardi que M. Bouillaud, nous n'osons la classer parmi les névroses actives, nous craindrions que l'observation et la thérapeutique surtout nous donnassent un démenti; car il y a des hystéries anesthèsiques comme il y en a d'hypéresthésiques, il y en a de paralytiques comme il y en a de convulsives ; il y en a qui sont avantageusement modifiées par les topiques et les excitants comme il y en a qui réclament l'emploi des saignées et des narcotiques.

Il y a dans l'hystérie le mot et la chose. Le mot est vicieux, trompeur, cela est incontestable ; mais que lui substituer ? le mot névropathie ? Cette expression est trop générale, il faudrait la préciser, et il en résulterait non plus un nom, mais une définition. Nous renonçons donc à faire du néologisme et nous laissons cette tâche à de plus habiles. Au demeurant, peu importerait le nom si l'on voulait bien s'entendre sur la chose.

Or, la chose est un fait, nous le répétons, aussi bien que le délire, les convulsions , l'état typhoïde. Ce fait mérite d'être conservé provisoirement au rang des affections morbides déterminées, au même titre que l'épilepsie, par exemple. Voudrait-on bien nous dire quelle est l'essence de l'épilepsie ? C'est aussi un état nerveux ayant une physionomie propre, tout comme l'hystérie : voilà ce que nous en savons. Notre travail a donc pour but de consacrer l'hystérie ou plutôt ce qu'on entend par ce mot, et non de la détruire.

Les auteurs du *Compendium*, tout en critiquant les mots *affections du système nerveux*, définissent pourtant eux aussi l'hystérie « une *affection nerveuse* du sentiment, du mouvement et de l'in-

« telligence, apyrétique, affectant d'ordinaire une marche chro-
« nique et se montrant sous forme de paroxysme. » Nous adoptons pleinement cette définition. Or, comment se fait-il que ces auteurs aient abouti à conclure en faveur du point de départ utérin ?

Nous n'osons entreprendre de décrire cette affection dont il est impossible de produire un type universel. C'est un assemblage inextricable de phénomènes divers : *morborum cohors*, dit Fréd. Hoffmann, un *Protée*, un *caméléon,* dit encore Sydenham qui, dans l'impuissance de formuler une description précise, va puiser son *criterium* dans l'étiologie : « Si le mal dont une femme se
« plaint l'attaque lorsqu'elle éprouve quelque émotion morale,
« alors je suis pleinement assuré que la maladie est une affec-
« tion hystérique (*Méd. prat*). » Mobile comme les manifestations du système nerveux, l'hystérie résulte, en effet, d'un concours de circonstances plutôt encore que de l'association de quelques symptômes déterminés, qui tous peuvent faire défaut. Néanmoins, les praticiens s'y reconnaissent très-bien, et l'on saurait mieux dire ce qu'elle n'est pas que ce qu'elle est ; essayons cependant d'en donner une idée.

La névropathie hystérique se compose presque toujours d'une association de phénomènes sensitifs et spasmodiques. Il peut arriver pourtant qu'un de ces éléments vienne à manquer. On conçoit, en effet, qu'il peut y avoir hypéresthésie ou anesthésie isolées, comme cela s'observe dans certains cas d'endolorissement ou d'insensibilité de certaines parties, ou bien spasmes, convulsions ou paralysie en l'absence d'aberration de la sensibilité ; mais ces symptômes exclusifs ne sont presque toujours que transitoires, et l'association normale se retrouve dans l'ensemble des phases de la maladie. M. Foville a établi deux formes distinctes de l'hystérie, l'une spasmodique ou viscérale, l'autre convulsive ou musculaire ; mais cette distinction n'exprime guère qu'une prédominance relative ; car, encore une fois, ces diverses lésions sont presque toujours connexes ; elles le sont presque nécessairement, car c'est la sensibilité viciée qui donne l'éveil à la contractilité, et celle-ci suppose l'excès de la première.

M. Foville a aussi prétendu que la forme spasmodique était plus commune chez les femmes pléthoriques, et la forme convulsive chez les femmes débiles ; c'est là, je crois, un préjugé classique qui aurait besoin de la sanction des chiffres. Nous avons vu presque toujours nos femmes fortes et pléthoriques en proie à de violents accès convulsifs, témoin les observations contenues dans ce travail.

Les symptômes culminants de l'hystérie et qui se trouvent ordinairement associés sont, en effet : troubles variés de la sensibilité physique et morale, sensation de strangulation ou boule hystérique, spasmes viscéraux, convulsions plus ou moins générales et souvent trouble ou même suspension des fonctions intellectuelles ; la sensibilité, la locomotilité, l'intelligence sont donc simultanément affectées ; exemple :

Hystérie modèle.

Obs. VII. — Une fille de 18 ans, de belle et forte constitution, de tempérament sanguin lymphatique, servante dans un jardin public, entre à la clinique le 21 juillet 1839. Elle raconte que depuis quatre mois ses menstrues, quoique régulières, sont moins abondantes et accompagnées d'assez vives douleurs dans l'hypogastre. Il y a quinze jours qu'à la suite d'une vive impression morale qu'elle ne précise pas, se sont déclarées des *attaques de nerfs* qui reviennent fréquemment. Une saignée a été pratiquée sans résultat favorable.

Les attaques se produisent plusieurs fois dans la journée, et comme notre présence suffit pour les occasionner, nous constatons les phénomènes suivants : la malade éprouve un trouble indéfinissable qui annonce les approches de l'accès ; puis tout à coup elle se roidit, le tronc se courbe en arrière, puis se redresse comme un ressort qui se détend et imprime au corps une impulsion qui le lancerait hors du lit si la malade n'était maintenue. Elle étend et fléchit les bras avec rapidité, se saisit la gorge comme pour en arracher quelque chose; elle se roule sur sa couche. Les mouvements sont d'une vivacité et d'une énergie extraordinaires. Quelquefois le pouce est fléchi dans la paume de la main ; les globes oculaires sont déviés en haut et en dedans (strabisme convergent) ; la respiration est pénible, profonde, fréquente, saccadée. Au milieu de ce trouble général, le pouls est assez calme. Il y a sensation d'une boule, qui de l'épigastre monterait au larynx. La peau est très-sensible à la pression sur presque tous les points de la périphérie, notamment à l'hypogastre. Les crises durent quelques minutes, puis la malade se calme, fait de larges inspirations, essuie la sueur de son front et accuse un douloureux brisement des membres. Après un instant de repos, l'attaque recommence et ainsi de suite, à plusieurs reprises, enfin la malade reste plongée dans un état d'affaissement plus ou moins prolongé. Revenue à elle, elle ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Dans l'intervalle des attaques, sa physionomie est expressive, intelligente; elle analyse en termes faciles et

animés les sensations qu'elle éprouve. Du reste, les fonctions s'exercent avec régularité. (Potion avec eau de mélisse 120,00, teinture de castoréum 2,00, sirop de fleurs d'oranger 30,00, lavement avec assa fœtida 8,00, jaune d'œuf n° 1, infus. de camomille 300,00, deux soupes.)

Les jours suivants, même état. (16 sangsues aux cuisses, émulsion nitrée, julep avec laudanum 15 gouttes.)

Les jours d'après, les attaques se répétant, mais moins intenses, on fait trois autres saignées locales aux cuisses et aux aines; bains, opium. L'état morbide était très-sensiblement amélioré lorsque les règles apparurent le 7 août. Cependant, et malgré de nouvelles applications de sangsues après les règles, les attaques reparaissent bientôt avec beaucoup d'intensité. L'aphonie nerveuse s'y joint vers le milieu d'août. Alors on en revient aux antispasmodiques : assa fœtida, valériane, sous-nitrate de bismuth, musc, eau de laurier-cerise, etc.

Nonobstant, les attaques persistent; le 8 septembre il y en a cinq dans la journée.

Le 14, la malade sort, de guerre lasse, après sept semaines d'un traitement actif, un peu soulagée mais non guérie.

Voici une hystérie modèle, c'est-à-dire complète, avec ses symptômes sensitifs, spasmodiques, convulsifs, et chez une femme de bonne constitution, régulièrement menstruée quant aux époques, et qui d'ailleurs n'est devenue hystérique que longtemps après la diminution de quantité des règles. La boule hystérique part de l'épigastre. L'hypogastre est sensible, mais il en est de même de toute la périphérie. On remarque le pouce inclus dans la main et la perte de connaissance comme dans l'épilepsie. Les antiphlogistiques soulagent manifestement, mais quoique les saignées aient été prodiguées à la région utérine, les attaques n'en persistent pas moins et résistent ensuite opiniâtrément aux nervins de toute espèce. Bref, la malade sort non guérie. C'est l'histoire de presque toutes les hystéries traitées dans les hôpitaux et même ailleurs, si l'hygiène ne vient en aide.

Mais il est des cas dans lesquels l'hystérie perd presque complétement sa physionomie normale pour prendre celle de quelques autres affections ; c'est le Protée, le caméléon de Sydendam. J'appellerais volontiers ces cas *hystéries larvées*; car, de même que les fièvres intermittentes de ce nom, on les reconnaît plutôt à leurs allures, à la filiation des phénomènes qu'aux traits qui sont propres à l'affection normale; exemple :

Affection hystérique simulant plusieurs graves maladies successives (hystérie larvée).

Obs. VIII. — Une fille de 21 ans, de constitution moyenne, servante, entre à la Clinique le 18 novembre 1836. Elle raconte que huit jours auparavant elle a été prise de diarrhée avec douleur abdominale.

A son entrée, vive douleur à l'abdomen qui est rénitent et sensible à la pression, surtout à l'hypogastre, rétention d'urines, peu de réaction. (Cathétérisme, application de 20 sangsues aux aines, bain, lavement émollient, chiendent gommé, diète.)

Les mêmes symptômes persistant, on continue le traitement. (Quatre applicatious successives de sangsues au bas-ventre.)

Après quelques jours, les symptômes abdominaux s'amendent ; mais bientôt il se manifeste des phénomènes nerveux revenant par accès, caractérisés par du tremblement, des convulsions, des lipothymies, parfois du délire. L'abdomen est balonné, constipation, douleur en urinant. Le calomel est donné pendant cinq jours, à la dose de 50 centigr. Les douleurs de ventre cessent ; mais les accidents nerveux persistent. Salivation. (Sangsues aux angles de la mâchoire inférieure, émollients et calmants, vésicatoire à la nuque.)

Le 11 décembre, la salivation dure encore, les accidents nerveux ne se montrent plus.

Le 13, la salivation a cessé, un érysipèle se déclare ; de la face il parcourt successivement toutes les parties du corps et s'arrête au gros orteil; il ne cesse que le 17 janvier, et le 23 on déclare la malade convalescente.

Cependant la malade est très-affaiblie, des sueurs abondantes surviennent, on leur oppose le sulfate de quinine et l'acétate de plomb ; elles cessent au bout de dix jours.

Le 7 février, les douleurs abdominales se déclarent de nouveau ; quelques sangsues les font cesser.

Le 22, bronchite avec fièvre. (Saignée de 300 gram., émollients.)

Le 25, dyspnée, toux, son mat, égophonie dans le tiers inférieur du thorax, à droite ; accidents qui se dissipent au bout de quelques jours, après une application de 12 sangsues.

Vers la fin du mois, diarrhée qui paraît et disparaît jusqu'au 14 mars. A la diarrhée succède un ballonnement douloureux du ventre. (Bains, sangsues, fomentations calmantes, etc.)

Vers les premiers jours d'avril les douleurs abdominales persistent ; des accidents nerveux, pareils à ceux observés trois mois

auparavant, se produisent de nouveau avec une intensité effrayante. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier. Les attaques se déclarent vers le soir, durent plusieurs heures, quelquefois toute la nuit. Les mouvements convulsifs sont brusques ; quelquefois la malade est projetée hors de son lit ; gémissements, cris, grincements de dents ; une de celles-ci se brise dans un accès ; écume à la bouche, strabisme, parfois perte de connaissance. Nous observons parfois la circumduction du bassin. Après l'attaque la malade se sent brisée, elle déplore son malheur. Même dans l'intervalle des attaques, l'état nerveux se dessine : tremblement des lèvres, mouvements spasmodiques, abdomen ballonné, dur et sensible ; respiration inégale, pouls serré, subfréquent, etc. Nous employons successivement l'extrait de jusquiame, l'infusion de valériane, l'assa fœtida, l'opium, les sangsues, les bains, les laxatifs, le sulfate de quinine, le musc, la gomme ammoniaque, les sinapismes, les vésicatoires, les onctions mercurielles sur l'abdomen, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, les frictions stibiées, l'acétate de morphine à l'intérieur, l'eau de laurier-cerise, une saignée ; le tout dans l'espace de cinq semaines avec des alternatives de mieux et de plus mal.

Le 10 mai, un nouvel érysipèle fébrile s'étend bientôt à toute la face. (Laxatif, onctions mercurielles, émollients.) Au bout de trois jours la résolution commence. Les attaques, qui étaient déjà moins intenses et moins fréquentes, ne se montrent plus à dater de l'invasion de l'érysipèle.

De cette époque date la convalescence. La malade, très-affaiblie, reprend graduellement des forces ; heureuse d'être délivrée de ses douleurs, elle sent renaître sa gaîté. Le 26 mai, on ajoute à l'eau vineuse et aux aliments graduellement augmentés le sulfate de quinine, puis le fer. Le 12 juin, elle peut se promener dans la salle, et vers la fin du mois, nous l'engageons à sortir de l'hôpital, plus de sept mois après son entrée.

Ainsi nous avons vu surgir successivement des phénomènes d'entérite, de péritonite, de cystite, de méningite, de suette, un érysipèle, une bronchite, une pleurésie, avec retour de quelques-uns de ces accidents. Dans l'intervalle se déclarent des attaques d'hystérie qui cessent quelque temps pour reparaître plus formidables et simuler une épilepsie. Tous les remèdes échouent pendant cinq semaines contre cette affection, qui s'amende enfin, et cesse totalement alors qu'un nouvel érysipèle de la face vient à se produire, érysipèle que nous appellerions volontiers critique, si l'amendement ne l'avait précédé. Sept semaines de suspension

de tout accident nous font espérer que la guérison sera désormais assurée, sauf de nouvelles causes déterminantes, agissant sur une constitution ainsi prédisposée.

Les accidents que nous avons observés ici, et qui tour à tour ont représenté des affections variées autres que l'hystérie elle-même, nous paraissent s'être produits sous l'influence de la diathèse hystérique ; leur mélange avec les attaques est précisément ce qui décèle leur caractère. Ces hystéries *larvées* se déduisent effectivement de la coïncidence de certains phénomènes hystériques, de même qu'une affection défigurée et douteuse de la peau se reconnaît à la présence de quelques éléments caractéristiques de la maladie primitive. Ces accidents, qui quelquefois se présentent avec d'effrayants caractères, sont cependant remarquables par leur peu de persistance et leur innocuité. Ainsi l'on voit des hémoptysies, des apoplexies foudroyantes et autres affections des plus graves, cesser comme par enchantement sous le génie mobile de la névropathie : circonstance qui enlève sa gravité au pronostic et doit modifier la thérapeutique ; notion que possèdent les vrais praticiens, lesquels savent en faire l'application au grand profit de leur gloire et de l'humanité même.

Arrivons au point essentiel, au traitement. L'analyse que nous venons d'exposer nous paraîtrait un travail oiseux si nous ne nous croyions en droit d'en déduire quelques principes de thérapeutique plus rationnels et plus efficaces que ceux qui dirigent la pratique vulgaire. De grands génies ont marché dans cette voie du rationalisme et de l'analyse, et ont appliqué au traitement de l'hystérie cette féconde doctrine des éléments, qui doit remplacer le diagnostic nominal et tirer la pratique de l'ornière de l'empirisme. Voyez, par exemple, Sydenham, Sauvages, Fréd. Hoffmann, déduire de la physionomie particulière des divers cas tantôt l'indication de la saignée, tantôt celle des toniques, des narcotiques, des stimulants, etc. Ces précieux errements ont été relégués dans l'oubli, au profit de l'ignorance et à la glorification des spécifiques, Pour le commun des praticiens, qui dit hystérie dit indication de puiser parmi cette fallacieuse kyrielle d'*antispasmodiques*, d'*antihystériques*, lesquels sont empruntés aux aromatiques, aux résineux, aux fétides, à une foule de drogues stimulantes et nauséeuses dont la cherté fait le principal mérite, et qui certes engendrent ou du moins entretiennent plus de maux qu'elles n'en guérissent.

Pour procéder avec méthode, il nous faut distinguer les cas où la névropathie hystérique existe isolée, du moins en apparence, de ceux où elle se trouve liée à certains éléments qui paraissent

la régir ou l'entretenir; en un mot, nous devons distinguer l'hystérie *primitive* de celle qui est *secondaire*. Commençons par celle-ci, afin d'arriver graduellement à dégager pour ainsi dire l'élément essentiel pour lui appliquer le traitement qui lui convient en propre. Nous nous rappelons que l'hystérie peut être compliquée de chloro-anémie, de pléthore, de localisations diverses névralgiques, phlegmasiques, organiques, affectant des organes différents.

L'hystérie *chloro-anémique* implique de nécessité le traitement de la chlorose elle-même. C'est ici que triomphent les ferrugineux, les toniques, les analeptiques secondés d'une hygiène physique et morale convenable, au moyen desquels, en enlevant la chlorose, il est infiniment probable que vous guérirez l'hystérie, en tant que manifestation symptomatique ; car la diathèse pourra persister, prête à reproduire le mal si les causes déterminantes reparaissent. C'est ici la forme bénigne par excellence, et qui proclame le mieux la puissance de l'art dans cette maladie, qu'on a trop représentée comme l'*opprobrium medicinæ*, titre qu'en effet elle peut mériter aux yeux des mauvais praticiens, qui s'obstinent à combattre tous les genres d'hystérie par les *antihystériques*.

L'hystérie *pléthorique* réclamera l'emploi de moyens tout opposés : « Les évacuations sanguines, faites à propos, diminuent « ou anéantissent entièrement les accès hystériques » (Fréd. Hoffmann, *Méd. raison.*, t. VI, p. 259, in-12). « Si la malade « est d'un tempérament sanguin ou si elle est fort vigoureuse, « et qu'elle n'ait pas souvent été attaquée de la colique hysté- « rique, en ce cas là, il faut lui tirer du sang au bras. » (Sydenham, *Méd. prat.*, p. 608). Cessez donc de vous laisser imposer par cet axiome trompeur que le sang est l'ami des nerfs ; car les nerfs peuvent souffrir par l'excès comme par le défaut de sang : témoin le délire et les convulsions de la congestion cérébrale et de l'encéphalite. Lisez le *Traité des vapeurs*, de Pomme, et vous y verrez des sujets qui ont dû leur guérison aux saignées. . . . par centaines ! Une fille vigoureuse et sanguine, que j'ai gardée dans mes salles pendant deux années, avait en vain épuisé tout l'arsenal des *nervins* ; la saignée seule calmait ses violentes attaques et en éloignait le retour. Elle-même réclamait les évacuations sanguines, et dans cet espace de temps, elle a été saignée trente-six fois, indépendamment d'un grand nombre d'applications de sangsues et de ventouses scarifiées autour du bassin et ailleurs. Une autre fille herculéenne, connue dans l'hôpital sous le nom de *grosse Marianne*, a été saignée soixante et quelques fois dans l'espace de trois ans, moyennant quoi l'existence de ces

deux sujets devint supportable. Néanmoins, la saignée ne faisait que pallier leur état, et elles n'ont guéri qu'en sortant de l'hôpital; car ce séjour de tristesse et de douleur est essentiellement contraire à la guérison de l'hystérie, qui réclame des conditions hygiéniques toutes différentes. Voici un exemple de la manière dont se passent les choses dans les cas heureux.

Hystérie grave; impuissance des antispasmodiques; bons résultats des émissions sanguines.

Obs. IX. — Une fille de 21 ans, de bonne constitution, lymphatico-sanguine, assez irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 18 ans, entre à la Clinique le 4 avril 1840, pour être traitée d'une leucorrhée avec engorgement des glandes inguinales (blénorrhagie). Quelques applications de sangsues, les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles, procurèrent la solution de l'adénite. La jeune fille est sujette à de fréquentes attaques d'hystérie dont elle ne parle pas, et qui restent ignorées pour nous.

Mais le 14, elle est prise en notre présence d'accès d'étouffements avec douleur vive dans le trajet de l'épine dorsale; impossibilité de se mettre à son séant; point de fièvre. (12 sangsues aux cuisses, potion éthérée.)

Les jours suivants, les attaques se renouvellent. Nous prescrivons successivment : *potion* avec eau de mélisse, 120,00, éther, 2,00, laudanum, 12 gouttes, sirop blanc, 30,00; lavement avec assa fœtida, 4,00, jaune d'œuf n° 1; infusion de camomille, 250,00; puis une autre potion avec eau de mélisse, 250,00, liq. d'Hoffmann, 20 gouttes; teinture de castoréum, 2,00; sirop d'écorces d'oranges, 30,00.

Le 17, douleur vive à la nuque; céphalalgie; larmoiement; immobilité du tronc. (10 sangsues aux mastoïdes, potion gommeuse avec thridace, 0,20, émulsion d'amandes.)

Le 18, céphalalgie violente; douleur vive à l'épaule droite; paralysie incomplète du mouvement, complète de la sensibilité du bras droit, qu'on peut pincer fortement sans provoquer de douleur. (10 sangsues au rachis, liniment laudanisé, potion avec thridace.)

Le 19, la paralysie s'est étendue à tout le côté droit du corps. Pouls plein et fréquent. Les assistants croient à une grave lésion cérébrale; nous affirmons que cette lésion n'existe pas, et que ces accidents n'auront pas de suite. (Sinapismes aux mollets, lavement avec sel de cuisine, chiendent nitré.)

Le 20, la paralysie est diminuée; le 21, elle est disparue par le seul emploi des dérivatifs.

Le 22, assoupissement; délire vague, intermittent; pouls fréquent; peau chaude et sudorale. On croirait à une méningite cérébrale avec épanchement. (Saignée de 4 palettes, chiendent nitré.)

Le 23, les accidents cérébraux sont disparus comme par enchantement; il ne reste qu'un peu de douleur, ou plutôt de courbature dans la région dorsale. (Émollients.)

Pendant les jours suivants, la santé est parfaite. La malade veut sortir le 29 avril, vingt-cinq jours après son entrée. Nous ne l'avons plus revue.

Ce fait offre beaucoup d'analogie avec notre obs. VIII. Nous voyons successivement se produire des symptômes d'irritation spinale, de méningite spinale, d'apoplexie, de méningite cérébrale; mais ici la scène est circonscrite dans l'appareil nerveux. La nature hystérique de ces accidents étant connue, nous ne nous en sommes pas ému. Ce fait met en relief l'impuissance des antispasmodiques, et, au contraire, l'efficacité des évacuations sanguines. Cependant les saignées locales dans la région génitale n'ont pas empêché les attaques de s'aggraver, tandis qu'à dater de la saignée générale, tous ces formidables accidents ont disparu. . . . pour revenir peut-être; mais c'est beaucoup de soulager quand on ne peut guérir.

C'est qu'en effet, je m'empresse de le dire, dans l'hystérie par pléthore constitutionnelle, la saignée seule agit rarement comme remède radical, par la raison toute simple que la pléthore se reproduit avec une extrême facilité. La saignée a plus de chances de succès dans la pléthore accidentelle, suite de suppression menstruelle ou de toute autre cause; mais, encore une fois, c'est beaucoup de pallier ces crises fréquentes et violentes qui font le martyre des malades, et que les antispasmodiques ne font qu'exaspérer. Il est bien entendu que les accessoires du traitement doivent s'harmoniser avec le principal.

Dans l'hystérie subordonnée ou seulement conjointe à une *localisation* bien constatée, il est évident que c'est le traitement de la localisation qui doit marcher le premier. Si la localisatien est *névralgique*, on emploiera les sédatifs, l'opium en particulier, lequel est d'autant mieux indiqué qu'il s'adresse également aux divers accidents névropathiques dont se compose l'hystérie elle-même. L'opium et ses composés, et subsidiairement les autres narcotiques, sont appelés à rendre d'éminents services dans le traitement de l'hystérie, comme dans celui de toutes les affections où se

rencontrent les éléments douleur et spasme, et nous n'hésitons pas à préférer les narcotiques en général aux stimulants dits antispasmodiques et antihystériques. On sait néanmoins combien est opiniâtre et capricieux l'élément névralgique, et cette forme de l'hystérie est une des plus difficiles et des plus longues à déraciner.

Il n'en est pas de même de l'hystérie par localisation *constitutionnelle* ou *inflammatoire :* celle-ci comporte les chances favorables de l'hystérie par pléthore accidentelle. La saignée générale et locale retrouve ici ses applications et son empire, et l'on peut produire des faits assez nombreux constatant son efficacité. La jeune fille hystérique et ictérique dont j'ai parlé fut promptement délivrée de sa double affection par les antiphlogistiques. Dans les cas où un trouble menstruel ou toute autre cause amène des accidents phlegmasiques dans l'appareil génital, et consécutivement ou simultanément l'hystérie, un traitement antiphlogistique, appliqué à ces accidents, peut faire cesser l'hystérie ; mais nous avons vu que ce genre de causalité est assez rare, et nous craignons que, dans les faits de ce genre qu'on a publiés, on n'ait parfois confondu le soulagement, l'éloignement des accès avec la guérison radicale.

Quant à l'hystérie avec *lésion organique*, c'est sans contredit la plus grave, en tant du moins que l'hystérie est entièrement sous la dépendance de la lésion organique. Il n'y a guère que l'utérus et les ovaires dont on ait observé les liaisons avec l'hystérie. La métrite chronique ou engorgement de la matrice, et les dégénérescences de l'ovaire sont les affections principales qui ont été vues associées à la névropathie, encore a-t-on vu que ces associations sont très-rares. De ces lésions organiques, les unes, on le sait, sont difficiles à guérir, et quelques-unes sont incurables. Dans ce dernier cas, il ne reste plus qu'à faire la médecine du symptôme, et à combattre l'hystérie comme si elle était primitive et simple. On est quelquefois assez heureux pour réussir à tempérer les accidents nerveux au moyen de médications appropriées, en dépit de la lésion organique persistante.

Mais rien n'est difficile et sujet à erreur comme de déterminer la subordination réciproque des lésions concomitantes ; souvent il arrive que la dépendance supposée n'existe pas, ce qui explique pourquoi les traitements les plus rationnels en apparence échouent fréquemment, et pourquoi des traitements qui paraissent contre-indiqués réussissent néanmoins. Voici un exemple à l'appui de la première de ces deux propositions.

Hystérie avec cystocèle vaginale ; application du pessaire ; persistance de l'hystérie.

Obs. X. — Une fille de 25 ans, forte et sanguine, bien réglée, est prise d'accès hystériques à l'occasion d'impressions morales vives. Les attaques se répètent journellement ; une saignée les rend plus rares et moins intenses. Une époque menstruelle se produit, ce qui n'empêche pas que, deux jours après l'évolution régulière des menstrues, de nouvelles attaques ont lieu, à l'occasion d'un accès de colère.

Un jour la malade se plaint d'une tumeur qui faisait saillie à l'orifice des parties génitales lorsqu'elle exerçait des efforts musculaires. On constate une cystocèle vaginale réductible avec facilité. Un pessaire en bondon est appliqué et maintenu convenablement. Les attaques ne s'en produisirent pas moins. L'abdomen est sensible à la pression, le rachis l'est aussi ; mais toute la périphérie cutanée l'est également. La valériane, l'assa fœtida, l'opium, ne procurent pas de résultats bien favorables. Les saignées générales, que la malade réclame spontanément, la soulagent un peu ; néanmoins, elle sort de l'hôpital après plus de trois mois de séjour, non guérie, et voyant reparaître ses attaques à l'occasion de toutes les impressions morales un peu vives.

Alors que nous fut révélée cette tumeur, se montrant aux parties génitales, nous crûmes tenir la cause première de la névropathie ; mais nous ne tardâmes pas à revenir de notre erreur, et force nous fut de considérer la cystocèle vaginale comme une complication, un simple accident.

Une autre fois, nous avons observé une hystérique sujette à la formation de ces abcès enkystés des grandes lèvres, qui siégent dans un follicule de cette région. Eh bien ! nous n'avons jamais observé de relations évidentes entre les attaques et le développement de ces abcès. Il doit en être souvent ainsi des lésions de l'utérus et de l'ovaire.

Nous arrivons à la thérapeutique de l'hystérie primitive, constitutionnelle, essentielle, comme on dit, à celle qui a sa raison d'être uniquement dans la diathèse nerveuse, qui n'est ostensiblement liée à aucune complication appréciable. L'ignorance où nous sommes de l'essence de cette diathèse, que les uns disent de nature sthénique et les autres de nature asthénique, cette ignorance, disons-nous, jette dès l'abord la plus grande incertitude sur le choix des moyens à mettre en usage. Il semblerait, au premier coup d'œil, qu'à défaut de notions directes, l'expérience universelle eût dû nous éclairer sur ce point. Eh bien !

non. Les plus grandes dissidences règnent à cet égard parmi les observateurs, selon les doctrines qu'ils professent, tant il est vrai que toujours les systèmes influent sur la pratique! La majorité des auteurs s'est déclarée en faveur de certains moyens réputés spécifiques contre ce qu'on appelle l'état nerveux : ce sont les antispasmodiques, et plus spécialement les antihystériques, puisés, comme nous l'avons dit, parmi les stimulants, et nous sommes convaincu que cette prédilection émane du préjugé scolastique qui fait considérer les accidents nerveux comme un apanage de la débilité. Ce n'est pas que la rectitude d'esprit, le génie de quelques observateurs n'aient signalé de nombreuses exceptions à ce principe, ainsi que nous l'avons vu pour Sydenham, Fréd. Hoffmann, Sauvages, etc. Le premier s'exprime en ces termes : « Une chose qui paraîtra d'abord surprenante, c'est que les « femmes qui avaient été longtemps tourmentées de vapeurs, et « dont le mal avait résisté à tous les remèdes les plus appropriés, « ont conservé la santé en vivant quelque temps de lait pour « toute nourriture. » (*Méd. prat.*, p. 424.) Et ailleurs : « *Il n'est* « *pas rare* de voir des femmes d'un tempérament si singulier « que les *remèdes hystériques leur nuisent beaucoup*, au lieu de les « soulager... Faute d'avoir égard à cette singularité, on peut « mettre les malades en danger de la vie. » (P. 419.) D'autres auteurs, exagérant les principes contraires à l'opinion générale, ont vanté les débilitants dans tous les cas, comme l'a fait Pomme. Eh bien! ici comme presque toujours : *In medio stat virtus.*

Vous venons de voir, au sujet de l'hystérie compliquée, quels sont les motifs plausibles pour dévier de la ligne ordinaire ; mais ici, où le rationalisme nous fait défaut, sachons au moins voir et comprendre ce que nous enseignent les faits. Une fois posé, le cas d'une hystérie simple, sans complication humorale ou viscérale déterminée, qu'avons-nous de mieux à faire que d'apprécier la forme des accidents et de leur appliquer les agents dont l'expérience a démontré l'efficacité contre les mêmes accidents liés à d'autres maladies? Or, parmi les remèdes indiqués par la douleur et le spasme en général, il en est dont la supériorité est incontestable : ce sont les sédatifs, et en première ligne l'opium et ses composés. Depuis longtemps, inspiré par ce principe rationnel, j'usais des opiacés dans le traitement de l'hystérie, lorsqu'il y a quelque temps je lus dans un journal que le docteur Gendrin obtenait de bons effets de l'emploi de ce remède. Le fait est probable ; mais il ne faudrait pas qu'on érigeât l'opium en spécifique de l'hystérie, car on éprouverait des mécomptes. Récemment encore, j'ai traité sans résultat bien favorable, par l'o-

pium à dose croissante, une hystérique de forte constitution que la saignée seule parvenait à soulager. Néanmoins, j'ai la certitude qu'en général les sédatifs sont beaucoup plus efficaces que les prétendus antispasmodiques, que la routine a placés au premier rang; que si les sédatifs ne réussissent pas ou sont mal supportés, essayez des toniques francs; car, bien que l'élément chloro-anémique ne se révèle pas manifestement, il arrive parfois que les martiaux, le quinquina, le régime analeptique, modifient favorablement la mobilité nerveuse. Que si les toniques restent impuissants, essayez, je le veux bien, par condescendance pour les idées classiques, essayez des prétendus antihystériques, antispasmodiques, nervins, etc. : de l'assa fœtida, du castoréum, de la gomme ammoniaque, du musc, du camphre, de l'oxyde de zinc, et de ces agents modernes dont la vogue fnt bien éphémère, le valérianate de zinc, le chlorure d'étain, etc. ; mais ne comptez pas trop sur leur efficacité, car je le répète avec les auteurs du *Compendium* : « Les antiphlogistiques causent *très-souvent* une excitation qui tourne au profit des troubles nerveux. » Si cela vous fait défaut, quelques armes vous restent encore : essayez, par exemple, d'un moyen préconisé de temps immémorial, et qui n'est pas effectivement des moins efficaces : c'est le froid, le froid usité dans l'Inde et en Amérique, au dire de Chalmers; en Angleterre, en Écosse, en Irlande, surtout depuis Floyer; en lavements, en lotions, en pédiluves, en bains, par Pomme, il y a cent ans et aujourd'hui sous les mêmes formes, par tous les praticiens; plus, en bains de mer, et même, pardonnez-nous! sous le charlatanesque appareil de l'hydrothérapie.

Enfin, et comme en désespoir de cause, puisque l'expérience pure en a démontré l'efficacité dans bien des cas, pourquoi n'essayeriez-vous pas, même chez des sujets peu vigoureux et peu sanguins en apparence, et chez lesquels les moyens précédents ont échoué, pourquoi n'essayeriez-vous pas, dis-je, de la saignée générale et locale appliquée avec toute la prudence voulue? J'ose même vous promettre que vous aurez plus souvent à vous en féliciter qu'à vous en repentir. Jault, le traducteur de Sydenham, s'exprime en ces termes dans une de ses notes : « Dans « l'hystérie, on trouve beaucoup de soulagement par la saignée, « par les narcotiques, les nitreux, les rafraîchissants, par la « boisson d'eau froide et de petit-lait, évitant tout ce qui « échauffe et même le vin. » (p. 393.)

On le voit, tout ceci n'est que de la thérapeutique de tâtonnements et d'essais soumis à des chances aléatoires; pourtant il existe encore, on le voit, une espèce de filiation quasi-ration-

nelle dans ces expérimentations. Ce n'est pas notre faute si nous en sommes encore au point où en était Sydenham, et s'il est encore vrai de dire aujourd'hui : « Cette maladie demande qu'on « tente pour la guérir diverses sortes de remèdes, jusqu'à ce « qu'on trouve celui qui est véritablement propre à la détruire. » (*Méd. prat.* p. 609.) Mais quelle que soit la médication mise à l'épreuve, n'oubliez pas que, pour la convaincre d'impuissance, il faut l'appliquer à dose suffisante, et pendant un certain temps ; car l'hystérie primitive est essentiellement chronique et rebelle. N'oubliez pas non plus que plusieurs indications simultanées s'offrent souvent à remplir, et que, dans une sage association des moyens, réside fréquemment le secret de la réussite : c'est ainsi que les sédatifs auront d'autant plus de chances de succès, que vous auriez abattu l'excitation par la saignée.

Mais, hâtons-nous de le dire, au-dessus de la thérapeutique proprement dite plane l'hygiène : l'hygiène, qui engendre la diathèse, l'hygiène, qui provoque les accès. Aussi, tout l'arsenal des médicaments est-il impuissant si les conditions physiques et morales ne sont appropriées aux indications. Il y a plus : l'hygiène, qui à elle seule peut produire l'hystérie, peut aussi suffire à elle seule pour la guérir, et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point que les secours hygiéniques, comprenant les moyens moraux, sont plus utiles que la pharmacie. Voilà pourquoi l'hystérie est une affection rebelle en toute circonstance, mais surtout dans les hôpitaux, où les malades sont placés dans des conditions si contraires à la guérison. Défiez-vous des praticiens qui se vantent de leurs succès dans le traitement de l'hystérie par la seule application des remèdes. Ceux-ci, en effet, peuvent modérer, éloigner les accès, mais ils sont généralement impuissants contre la diathèse. Modifier la constitution et les mœurs d'un individu n'est pas l'œuvre d'une drogue quelconque ; dans l'hygiène seule réside un tel pouvoir : régime analeptique dans la chloro-anémie et la débilité constitutionnelle, régime débilitant dans la pléthore et les phlegmasies, ce sont là des préceptes d'application simple et vulgaire ; mais pénétrer dans les replis mystérieux de l'âme, épier et découvrir les secrets du cœur, démasquer et combattre les passions en les privant de leurs aliments, en détournant leur cours, en suscitant entre elles des antagonismes salutaires, quelquefois en les satisfaisant dans les limites de la morale et de la raison, telle est l'œuvre du médecin philosophe, à la hauteur de laquelle n'atteindra jamais le praticien absorbé par la matière. On cite partout Érasistrate et Boerhave, mais on songe fort peu à les imiter. Aussi pensons-

nous que l'hystérie revendique, sous beaucoup de rapports, une place parmi les affections mentales, et relève directement, dans beaucoup de cas, de la thérapeutique de ces affections. Nous ne rappellerons pas cette indication du mariage, née d'une étiologie erronée, que les uns ont trop généralisée, mais que d'autres ont condamnée d'une manière trop absolue ; ce n'est là qu'une des mille faces de notre objet, et sans entrer à cet égard dans le détail de préceptes dont la conception et l'application relèvent essentiellement des aptitudes intellectuelles et morales dont est doué chaque praticien, nous résumerons cette partie fondamentale du traitement de l'hystérie dans cet axiome de sens commun : soustraire les individus aux causes productrices de la maladie, causes parmi lesquelles peuvent figurer l'oisiveté, la mollesse, le vide du cœur, le dégoût de la vie, la perversion des idées, les passions violentes, la haine et l'amour, la colère et la terreur, la tristesse, l'ennui, les chagrins et les abus de la volupté, l'énergie contenue et la pusillanimité, enfin tout ce qui, comprimant ou exaltant l'innervation, finit par en altérer les ressorts.

Conclusions. — 1° L'hystérie sévit fréquemment sur la classe pauvre et malheureuse.

2° Elle affecte souvent les constitutions sanguines et robustes.

3° Elle peut affecter les deux sexes ; mais elle est très-rare chez l'homme.

4° L'hystérie se produit fréquemment en l'absence de toute lésion matérielle et fonctionnelle des organes génitaux.

5° L'irritation spinale, en tant que cause formelle et nécessaire de l'hystérie, et telle qu'elle est caractérisée par les auteurs, est une erreur de fait.

6° Il est probable, mais il n'est pas démontré, que l'hystérie est assez souvent liée à des lésions de l'utérus et surtout de l'ovaire.

7° L'hystérie se produit quelquefois secondairement à une lésion du sang et de plusieurs viscères ; mais elle est souvent primitive et le produit d'une diathèse nerveuse ou névropathie spéciale.

8° La diathèse nerveuse ou névropathie est une condition essentielle et nécessaire à la manifestation de l'hystérie, même lorsque celle-ci est secondaire.

9° La cause déterminante des attaques d'hystérie est le plus souvent une cause morale, ou bien une cause physique de siége très-variable.

10° L'appareil phénoménal de l'hystérie est extrêmement diversifié et tire plutôt ses caractères de l'ensemble des phé-

nomènes morbides que de quelques symptômes particuliers.

11° L'attaque d'hystérie comporte le plus souvent des phénomènes sensitifs et convulsifs auxquels se joignent fréquemment des troubles de l'intelligence.

12° L'hystérie revêt assez souvent la forme de certaines maladies différentes d'elle-même, ce qui constitue l'hystérie *larvée*.

13° L'hystérie est une des maladies les plus rebelles et les plus sujettes à récidive; il ne faut pas confondre la suspension plus ou moins prolongée des attaques avec la guérison radicale.

14° L'hystérie est une maladie réelle, spéciale, qui consiste essentiellement dans une névropathie dont la nature est inconnue. Son nom est une erreur ; il conviendrait de le changer.

15° Le traitement de l'hystérie consiste : 1° dans l'élimination des complications, lorsqu'il en existe ; 2° dans l'administration des moyens dirigés contre l'état nerveux lui-même.

16° Il n'existe point de remèdes antihystériques absolus. Les remèdes de l'hystérie sont d'abord tous ceux que réclament les complications ; puis ceux dirigés contre la névropathie : sédatifs, toniques, stimulants, antiphlogistiques, selon l'occurrence.

17° L'hystérie étant presque toujours le produit des vices de l'hygiène, c'est dans l'hygiène surtout qu'il faut chercher les moyens de la guérir radicalement.

---

3. *Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne* ; par M. le professeur Bouillaud.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

Art. 1er.—*Réflexions préliminaires sur l'albuminurie en général, et sur l'historique de* l'albuminurie cantharidienne.

I. L'albuminurie est un de ces nombreux états morbides qui avaient plus ou moins complétement échappé à l'observation des médecins de l'antiquité. La découverte de ce phénomène ne date même que d'un petit nombre d'années. Malgré les recherches réunies des médecins anglais, auxquels appartient l'honneur de la priorité en cette matière, et des médecins français (1), l'albuminurie laisse encore beaucoup à désirer, du moins en ce qui concerne son mécanisme, son mode de production, ou sa *pathogénie*, les diverses conditions au milieu desquelles elle peut apparaître, et les médications qu'elle réclame.

D'après les cas multipliés qui, depuis une dixaine d'années, ont été recueillis dans le service clinique dont je suis chargé, il

(1) Qui ne connaît les belles recherches de M. Rayer sur la *néphrite albumineuse*, et celles de M. Martin-Solon sur *l'albuminurie*?

m'a semblé qu'on ne pouvait pas rapporter la présence de l'albumine dans les urines à une seule et même lésion morbide, ainsi qu'on peut le voir dans ma *Nosographie médicale*. Le nom de néphrite *albumineuse* ne saurait donc, à mon avis, être appliqué à tous les cas dans lesquels on a constaté une quantité plus ou moins considérable d'albumine. Néanmoins, je pense que cette dénomination, proposée par notre savant confrère, M. le docteur Rayer, convient au plus grand nombre de cas, en substituant toutefois le nom *d'endonéphrite* à celui de néphrite, lorsque la phlegmasie occupe la membrane interne du système excréteur des reins, circonstance beaucoup plus commune qu'on ne l'a cru jusqu'ici (1), et en admettant que cette *néphrite* appartient, le plus souvent, à l'ordre des *irritations* dites *sécrétoires*.

A l'époque, encore bien voisine de nous, où l'on attribuait à *l'affection granuleuse* des reins, décrite par M. Bright (dénomination souvent remplacée par celle de *maladie de Bright*), toute espèce d'albuminurie, je crus devoir signaler des faits dans lesquels l'urine contenait de l'albumine, bien que les reins ne fussent point le siége d'une dégénérescence granuleuse. Au nombre des cas de cette catégorie, je rangeais ceux où, chez des individus jusque-là bien portants sous tous les rapports, j'avais constaté la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines pendant le cours de diverses maladies aiguës, telles que la pleurésie, la pleuro-pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'entéro-mésentérite typhoïde (2) ; phénomène dont la durée était en général assez courte. Mais alors, je l'avoue, je ne pouvais assigner aucune cause *précise* à cette remarquable espèce d'albuminurie. Depuis que j'ai conçu l'idée d'un rapport de *causalité* entre l'action de la cantharide et la production d'une certaine espèce d'albuminurie, et que j'ai démontré par de nombreuses observations la réalité de ce rapport de *cause à effet*, je suis arrivé, par la voie de l'induction la plus légitime et la plus pressante, à considérer comme appartenant à cette dernière catégorie de faits, sinon tous ceux dont il était question un peu plus haut, du

(1) Sans parler de certaines affections générales ou constitutionnelles, ou de certaines lésions du sang, qui paraissent être une des sources de l'albuminurie, je me suis souvent demandé si les obstacles au cours du sang dans les veines des reins ne seraient pas aussi l'une des causes de l'albuminurie. Il s'est présenté dans mon service deux cas, où l'oblitération de ces veines a coïncidé effectivement avec une albuminurie. Au reste, l'un des élèves externes qui ont été témoins de ces deux cas, M. Ch. Chevalier, se propose de développer ce point de doctrine, sur lequel, si j'ai bonne mémoire, M. le docteur Becquerel a déjà lui-même appelé l'attention dans ses recherches sur les altérations des urines.

(2) Dans le tome Ier de ma *Clinique médicale*, publié en 1837, j'ai rapporté trois cas d'entéro-mésentérite typhoïde avec *albuminurie*. Or, dans deux de ces cas, l'albuminurie avait été précédée de l'application de vésicatoires.

moins la plupart d'entre eux. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en examinant de nouveau ces faits, je me suis assuré qu'ils avaient pour sujets des individus, chez lesquels j'avais fait appliquer des vésicatoires dans le cours des maladies aiguës pour lesquelles ils étaient entrés à l'hôpital, et j'ajoute que ces vésicatoires avaient été placés le plus souvent sur des surfaces scarifiées par l'application de ventouses.

Parmi les observations nombreuses que je pourrais citer à l'appui de ce que je viens d'avancer, je choisirai celle qui a été consignée dans une thèse sur le rhumatisme articulaire aigu, soutenue, en 1847, à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur de La Ruelle (1).

En traitant des altérations des liquides que l'on rencontre dans le rhumatisme articulaire aigu, M. de La Ruelle dit : « Chez une malade atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à la Charité, service de M. le professeur Bouillaud, nous avons observé des urines fortement albumineuses. » Après avoir rapporté cette observation, M. de La Ruelle ajoute : « L'intéressante observation que nous venons de rapporter nous montre une coïncidence de l'albuminurie avec l'affection rhumatismale. »

A l'époque où M. de La Ruelle soutint sa thèse (18 mai 1847), nous n'avions pas encore entrevu le rapport qui existe, dans certains cas, entre l'action de la cantharide et l'albuminurie, et rien n'avait encore été *publié* sur ce sujet. L'auteur de la thèse se borne donc à signaler une *coïncidence* entre le rhumatisme articulaire et l'albuminurie dans le cas dont il a été témoin dans notre service, en février 1846. Mais la coïncidence dont il s'agit ici n'était rien moins qu'un rapport de *cause à effet* entre l'affection rhumatismale et l'albuminurie. Cette dernière était très-probablement l'effet de l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale, et ne fut notée que le lendemain de cette application (2). Je suis d'ailleurs bien loin de prétendre que l'albumi-

(1) *Du rhumatisme articulaire aigu*, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue, le 18 mai 1847, par Guillaume-Napoléon-Gabriel de La Ruelle.

(2) Voici un extrait de cette observation que nous recueillîmes avec de grands détails :

La nommée Girard était depuis huit jours affectée d'un violent rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endocardite, lorsqu'elle fut admise dans notre service, le 7 février 1846.

Une saignée lui fut pratiquée le jour de son entrée ; deux autres furent faites le lendemain.

Le troisième jour, une quatrième saignée et un *vésicatoire sur la région précordiale.*

On nota ce qui suit le lendemain de l'application du vésicatoire : *Urines opalines donnant un précipité blanc par l'acide nitrique, prenant l'aspect d'une solution de sirop d'orgeat quand on les agite ; les urines se troublent et four-*

nurie ne puisse jamais coïncider avec le rhumatisme articulaire. Je professe depuis longtemps que l'appareil urinaire est un de ceux qui s'enflamment assez souvent en même temps que les tissus séro-fibreux des articulations. Il serait donc possible que, à un certain degré et sous une certaine forme, les phlegmasies de cet appareil eussent pour effet la production d'une quantité plus ou moins notable d'albumine. Mais j'avoue que le temps m'a manqué jusqu'ici pour étudier exactement cette question.

II. Quoi qu'il en soit, je me propose de faire connaître ici une espèce d'albuminurie, sur laquelle nul des auteurs, qui, se sont occupés de l'étude de ce phénomène, n'avait encore appelé l'attention du public médical. Lorsque, il y a six mois environ (2 juin 1847), je communiquai à l'Académie royale de médecine mes premières recherches sur cette nouvelle espèce d'albuminurie, notre savant collègue, M. Rayer, nous apprit que, dans un travail sur la *cystite cantharidienne*, adressé à l'Académie des sciences, M. Morel-Lavallée avait déjà constaté la présence de l'albumine dans les urines, chez des individus auxquels on avait appliqué des vésicatoires (1). Je n'avais aucune connaissance des recherches de M. Morel-Lavallée quand j'entrepris celles que je vais consigner ici, et l'on excusera facilement mon ignorance, en réfléchissant que le travail de M. Morel-Lavallée n'a point encore été publié.

Je crus d'abord que M. Morel-Lavallée avait effectivement fixé son attention sur l'albuminurie provenant de l'action des cantharides sur les reins, unique objet de mes recherches. Il ne fallait rien moins pour me détromper que la lecture du résumé de son travail inédit, résumé rédigé par M. Morel-Lavallée lui-même.

On verra plus loin, par ce résumé, qu'il ne s'agit nullement pour notre confrère de l'action de la cantharide sur les reins, ni de l'albuminurie qui peut résulter de cette action sur les reins, de même que, dans mes propres recherches, il n'était aucunement question de l'albuminurie que M. Morel-Lavallée rapporte à une *cystite cantharidienne* (2).

nissent également un précipité blanc quand on les chauffe jusqu'à l'ébullition.

L'analyse chimique d'une portion de ces urines, faite par M. Quévenne, démontra que ce liquide contenait une forte proportion d'albumine.

Les jours suivants, l'albuminurie diminua graduellement, mais elle n'avait complétement cessé que le seizième jour après l'application du vésicatoire (c'est une des albuminuries cantharidiennes les plus prolongées que nous ayons observées). Au reste, l'affection rhumatismale était entièrement dissipée à l'époque de la cessation de l'albuminurie.

(1) Voyez le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* (séance du 2 juin 1847).

(2) Une lettre adressée à la *Gazette des Hôpitaux* par l'interne de M. le doc-

Mais avant de mettre en parallèle les résultats du travail de M. Morel-Lavallée avec ceux qui dérivent de nos propres recherches, exposons succinctement les faits par nous recueillis depuis sept à huit mois.

ART. 2.—*Relation des observations concernant l'albuminurie cantharidienne.*

Ces faits, au moment où j'écris, sont au nombre de dix-sept; mais comme il ne se passe guère de semaines où nous n'en rencontrions un ou plusieurs semblables, le temps n'est pas éloigné où nous posséderons des centaines de cas d'albuminurie cantharidienne, affection que l'art produit réellement à volonté.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Observations relatives aux sujets chez lesquels des vésicatoires ont été appliqués sur des régions de la peau scarifiées.*

Elles sont au nombre de quinze. Dans toutes, une seule exceptée, il y a eu production d'albuminurie. Dans l'observation relative à l'absence de l'albuminurie, le vésicatoire appliqué était de petite dimension.

OBS. I. — Calville, âgé de 32 ans, mouleur, d'une constitution de force moyenne, était malade depuis huit jours lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 29 avril 1847 (17, Sait-Charles).

Le 30 avril, après une attentive exploration, dont il serait trop long de consigner ici les résultats (1), on porta le diagnostic suivant : *pleurésie avec épanchement médiocre.*

Le caillot d'une saignée de trois palettes, pratiquée la veille, offrait une belle couenne *inflammatoire* avec forte rétraction.

Les urines étaient claires, *et ne se troublaient pas par l'acide nitrique.*

Prescription : *Saignée de trois palettes ; ventouses scarifiées sur le côté malade, et large vésicatoire le soir sur le même côté.*

Le 1er mai, le caillot de la saignée offrait une couenne partielle et une rétraction moyenne ; les rondelles des ventouses étaient fermes et glutineuses.

teur Bazin, à l'occasion de ma communication à l'Académie royale de médecine sur *l'albuminurie cantharidienne*, se termine ainsi : « Cet état albumineux des urines nous a semblé être le premier degré de cette inflammation spéciale décrite sous le nom de *cystite cantharidienne*. (*Lancette française*, 29 juin 1847.)

On voit que l'auteur de cette note semble également rapporter la production de l'albumine, non à une irritation des reins, mais à un premier degré de *cystite cantharidienne*.

(1) Disons seulement qu'en arrière, à droite, dans presque toute la hauteur du côté, il existait de la matité, du souffle bronchique, et une résonnance égophonique. — Le pouls qui, la veille au soir, avant la saignée, était à 104, n'était plus qu'à 84. — La température éiait de 38-39° sous l'aisselle.

Les urines, limpides, mousseuses, *précipitaient assez abondamment par l'acide nitrique* (1).

Le malade entrait d'ailleurs en convalescence; le pouls était tombé à 72-76 ; le souffle bronchique et l'égophonie n'existaient plus; la respiration était à 16 (elle était à 28 le jour de l'entrée), etc.

Le 2 mai, les urines de ce matin, d'une teinte jaune pâle, *traitées par l'acide nitrique, déposent un sédiment floconneux, blanchâtre* ; celles de la veille au soir offrent un sédiment briqueté abondant ; elles sont d'ailleurs troubles dans toute leur masse et ne s'éclaircissent pas par l'acide nitrique.

Le 3, les urines sont parfaitement limpides, d'une teinte jaune pâle ; elles ne se troublent nullement par l'acide nitrique. (Examinées les jours suivants, elles n'offrirent non plus aucune trace d'albumine ; et le malade, bien guéri depuis déjà longtemps, sortit le 14 juin.)

Voici le premier cas dans lequel il me vint à l'idée que les vésicatoires pourraient bien être la cause de certaines albuminuries ; depuis lors, j'ai soumis cette conjecture à l'épreuve de nombreuses expériences qui l'ont transformée en *certitude*. Nous allons rapporter ces expériences.

Obs. II. — Un homme âgé de 52 ans, d'une constitution de force moyenne, était atteint depuis cinq jours d'une pleuro-pneumonie gauche lorsqu'il fut admis à la Clinique le 15 novembre 1847.

Une saignée fut pratiquée le jour de l'entrée (elle fut de trois petites palettes, et le sang coula mal).

Le 16. Douleur dans le côté gauche de la poitrine avec oppression (32 inspirations par minute) ; matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure ; souffle bronchique très-prononcé avec retentissement de la voix, dont le caractère est *bredouillant* ou *chevrotant* ; bulles rares, disséminées, d'une crépitation assez fine ; crachats *rouillés*, albumineux, demi-transparents et visqueux. — Fièvre forte (pouls à 100, fort, plein ; température de l'aisselle à 39-40°).

Diagnostic : *Pleuro-pneumonie au second degré occupant les trois cinquièmes postérieurs-inférieurs du poumon gauche.*

Prescription : *Saignées de quatre palettes matin et soir* (2) ; *dans l'intervalle, ventouses scarifiées sur la partie postérieure gauche de*

(1) Dans ce cas comme dans tous les autres, l'acide nitrique versé en excès ne dissolvait point le précipité formé.

(2) Caillot des deux saignées fortement couenneux, rétracté.

la poitrine, de trois palettes ; vésicatoire sur la même région après la saignée du soir.

Le 17. Le malade se trouve beaucoup mieux ; respiration plus libre (24 inspirations) ; crachats non rouillés ; cessation de la douleur ; disparition du souffle bronchique et de la broncho-égophonie, et crépitation disséminée, rare et plus grosse que la veille. — Pouls à 96 ; chaleur diminuée ; sueurs abondantes.

J'annonce que les urines de la nuit et celles recueillies au moment même de la visite précipiteront par l'acide nitrique. En effet, en versant de cet acide dans le bocal qui les contient, un abondant précipité blanc se forme aussitôt ; et, en agitant la masse, elle prend l'aspect et la consistance d'une émulsion.

Le malade avait souffert dans la région du vésicatoire, avait eu de fréquentes envies d'uriner, du ténesme vésical.

Les urines s'étaient un peu troublées par le refroidissement, ainsi qu'il arrive dans la plupart des phlegmasies fébriles avec sueurs abondantes. Une petite couche de mucus ou de *muco-pus* existait au fond du vase qui contenait les urines de la nuit, mais il n'en existait pas dans le vase qui contenait les urines rendues au moment de la visite.

Prescription : *Saignée de trois palettes et demie* (1).

Le 18. Le malade va très-bien : nulle douleur de côté, respiration libre, crachats peu abondants, les uns opaques, les autres filants et demi-transparents, sans teinte rouillée ; la résonnance est revenue en arrière à gauche ; point de souffle ; respiration vésiculaire presque normale, entremêlée de quelques bulles de crépitation sèche.

Peau moins chaude et moins sudorale ; pouls à 84 ; aucun sentiment de faiblesse ; sommeil bon.

Le malade n'a point eu de douleurs en urinant ; les urines sont claires, d'un jaune un peu foncé ; léger nuage muqueux, demi-transparent au fond ; traitées par l'acide nitrique, elles précipitent encore abondamment et prennent l'aspect d'une émulsion. — Convalescence commençante.

Le 19. La convalescence se soutient ; le pouls est à 76 ; point de souffle ni de bronchophonie ; crachats blancs, opaques, muqueux.

Urines claires, avec un léger sédiment muqueux ; elles se troublent à peine par l'acide nitrique.

Le 20. Le malade est dans l'état le plus satisfaisant : respiration libre, nulle douleur, point de fièvre (pouls à 68-72).

Les urines sont claires, d'un jaune pâle ; nul dépôt au fond du

(1) Caillot encore fortement couenneux et rétracté.

bocal qui les contient ; elles ne se troublent nullement par l'acide nitrique.

On commence à prescrire du bouillon.

La convalescence marche rapidement, et, au bout de huit jours, le malade, complétement guéri, mange trois portions (1).

Obs. III. — Moreau, âgé de 56 ans, commissionnaire, fut admis à la Clinique le 15 mai 1847.

Affecté d'une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire, il éprouvait de plus, depuis huit jours, un point pleurétique à droite, et quelques signes de pneumonie superficielle du même côté.

Le jour de l'entrée, on lui fit une saignée de trois palettes.

Le caillot, fortement rétracté, était recouvert d'une couenne épaisse, dense, fibreuse, retroussée sur ses bords, et ne se rompant pas à une forte pression.

Le 16. Urines d'un jaune orangé, parfaitement transparentes, et ne se troublant nullement par l'acide nitrique.

Prescription : *Ventouses scarifiées, trois palettes, du côté malade, et le soir large vésicatoire sur le même côté.*

Le 17. Le malade a ressenti de fréquentes envies d'uriner, avec sentiment d'ardeur très-vive le long du canal de l'urèthre. En même temps, coliques et envies fréquentes d'aller à la garde-robe.

Cependant, le pouls était à 60 comme la veille.

Les urines, d'une teinte orangée, offrent, après leur refroidissement, un précipité assez abondant qui ne se dissout pas par l'acide nitrique.

Le 18. *Traitées par l'acide nitrique, les urines, encore d'un jaune orangé, mais tout à fait transparentes, se troublent et prennent la consistance d'une émulsion d'un blanc un peu sale.*

Le 19. Les urines, parfaitement claires, jaunes, médiocrement mousseuses, *se troublent encore notablement par l'acide nitrique*, et par l'agitation, la masse du liquide prend l'aspect d'une émulsion peu épaisse d'un blanc un peu sale.

Le 20. Le malade n'éprouve plus aucune ardeur d'urine. *Les urines du matin*, bien limpides, *ne se troublent nullement par l'acide nitrique.* Il en est de même des urines rendues les deux jours suivants, et le malade, bien guéri de sa dernière maladie, sort le 31 mai. (*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Les lecteurs de ce journal verront, dans les deux cas que nous venons de rapporter, dans le second surtout, une nouvelle preuve de la rapidité avec laquelle les phlegmasies de la plèvre et du poumon cèdent à l'emploi bien dirigé de la *nouvelle formule des émissions sanguines.*

4. *De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection;* par Ed. Courtin, interne des hôpitaux de Paris, etc.

(Suite et fin : *voir* t. XI, novembre 1847, p. 56; t. XII, décembre, p. 44.)

(Gazette médicale de Paris, N° 52; 1847.)

DEUXIÈME PARTIE.

Elle a pour objet de démontrer que les bains sulfureux soulagent mieux et à moins de frais que tout autre moyen ; qu'en outre, ils produisent dans les signes physiques de l'affection des changements immédiats, tous en faveur de la théorie adoptée sur la nature de l'asthme.

Cette seconde partie sera complétée par quelques remarques sur les indications et les règles d'administration des bains sulfureux dans l'asthme.

CHAPITRE Ier. — *Faits cliniques.*

§ I. — *Observations.*—Comme type du genre pour l'étiologie, la marche, les symptômes, je citerai en première ligne une observation dont le sujet est resté sous mes yeux pendant plusieurs mois ; ce cas a présenté tour à tour les complications les plus fréquentes de l'asthme, et plusieurs recrudescences et transformations dont l'étude ne sera pas sans intérêt.

Obs. I. — Jean Sausset, âgé de 64 ans, cordonnier, vint à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 3 janvier 1847, pour une oppression continue depuis un mois.

Né à Fougères (Bretagne), il a joui, pendant sa première enfance et jusqu'à l'âge de 40 ans, d'une santé excellente, et ne s'enrhuma presque jamais. Son père fut tué en 1793. Sa mère, morte il y a quelques années, était, dit-il, asthmatique dès sa jeunesse. Pour lui, après avoir beaucoup voyagé en France, il vint, il y a quinze à dix-huit ans, se fixer à Paris. Il s'y est bien porté pendant quelques années; mais depuis dix ans, chaque hiver lui ramène pendant deux ou trois mois une oppression continue accompagnée de toux, qui, légère d'abord, prend chaque année une intensité croissante ; en outre, à la fin de chaque nuit, à heure variable, il est éveillé par une orthopnée de cinq à dix minutes au plus de durée, pendant les premières années, et ordinairement suivie de crachement plus ou moins pénible; oppression et attaque, tout disparaissait au retour de l'été.

Pendant l'hiver dernier (1845—1846), l'oppression continue fut beaucoup plus intense, et les accès plus longs au point de priver presque complétement le malade de sommeil : la rémission

de l'été suivant fut aussi moins complète, le malade, libre dans la journée, continuant à rejeter tous les matins, presque sans toux, une petite quantité de crachats *fermes et très-gluants,* dit-il. Un peu avant l'automne dernier, la toux et l'oppression continues reparaissent ; en décembre, les exacerbations, déjà plus intenses, se montrent à heures variables, tantôt dans la journée, tantôt dans la nuit, *chacune coïncidant avec une expectoration très-difficile ou nulle.* Particulièrement interrogé sur le début de ces attaques, il dit que toutes commencent par un sentiment d'oppression, de pesanteur sternale, graduellement porté jusqu'à la dyspnée la plus intense. Depuis un mois, il dort très-peu et passe la nuit dans l'orthopnée, avec sensation de corps étranger à la gorge, toux, efforts expulsifs et expectoration presque uniquement séreuse ; parfois il *arrache* avec peine des crachats épais et collants. Assez calme en dehors des attaques, il a pu, dans ces derniers temps, se livrer à un travail manuel peu pénible, à la condition de rester assis, de ne point plier le corps en deux, d'éviter les grands mouvements et les efforts. Mais dans ces dernières quarante-huit heures, l'orthopnée fut continue et tout mouvement devint impossible. Le malade est pourtant venu à pied à l'hôpital, s'arrêtant tous les dix pas pour reprendre haleine.

Le 4 janvier. Rien n'a changé depuis hier, et au moment d'envoyer ce malade au bain sulfureux, on constate l'état suivant : orthopnée ; respiration anxieuse ; mouvements respiratoires énergiques, mais réguliers, du thorax et de l'abdomen ; râles trachéaux à distance, sifflants et ronflants. En avant et en arrière, résonnance tympanique de la poitrine, bien musclée d'ailleurs, un peu sèche, mais de conformation extérieure tout à fait normale. Dans tout le poumon gauche et la partie antérieure du poumon droit, absence du murmure vésiculaire remplacé par un ronchus très-grave et sec, de temps à autre traversé par un râle sibilant aussitôt étouffé. Dans le reste du poumon droit, murmure vésiculaire faible, avec quelques râles vibrants et bullaires peu prononcés. Sensation de compression, de resserrement insurmontables à la base de la poitrine. Toux rare ; expectoration séreuse abondante, surnagée par quelques crachats muqueux denses, dont le rejet exige les efforts les plus pénibles. Anorexie notable d'un mois ; pas d'état saburral. Les bruits anormaux des voies respiratoires rendent impraticable toute exploration du cœur ou des gros vaisseaux. Notons cependant que le sujet, de constitution sèche et vigoureuse, n'a jamais eu de palpitations. Congestion céphalique assez marquée ; pesanteur de tête.

Bains sulfureux (*illico*) ; orge-miel ; looch sp. Tolu ; une portion.

Ce bain, toléré, pendant quelques minutes seulement, a un effet peu sensible. Mais après le second, administré le lendemain, et dans lequel le malade passe plus d'une demi-heure, l'expectoration solide est déjà moins pénible et plus copieuse ; résonnance thoracique moindre, presque normale pour un sujet de cet embonpoint ; murmure vésiculaire faible partout, sauf à gauche en arrière, avec râles vibrants nombreux, surtout graves, dans toute la poitrine. L'expectoration est pour la majeure partie composée de crachats muqueux denses.

Résultats analogues les jours suivants ; les journées et le commencement des nuits sont assez calmes, mais l'exacerbation d'orthopnée reparaît toujours vers le matin. C'est seulement vers la fin du mois, au douzième ou treizième bain sulfureux, que l'on peut constater une amélioration considérable.

Le 2 février. En dehors des attaques nocturnes, la respiration est assez libre pour que le malade puisse marcher sur un plan horizontal, se vêtir, etc., sans suffocation ; celle-ci se manifeste seulement quand il monte un escalier ; l'expectoration est alors peu abondante, mais facile, exclusivement muqueuse et plutôt dense que fluide. Pendant la première moitié de la nuit, décubitus horizontal sur le côté gauche ; de trois à cinq heures du matin, l'orthopnée survient comme d'habitude, et persiste jusqu'à ce que l'expectoration muqueuse, presque complétement suspendue alors, se soit rétablie. Les journées se ressentent de la longueur et de l'intensité des accès nocturnes, toujours moindres dans les vingt-quatre heures qui suivent immédiatement le bain. Un refroidissement même léger, la présence de fumée, de brouillards dans l'air, ont une influence incontestable. Examiné vers la fin de l'un de ces accès du matin, un peu avant le bain sulfureux, il présente, en arrière des deux côtés, une sonorité thoracique exagérée surtout en bas ; à gauche, suspension complète du murmure vésiculaire, ronchus grave au maximum d'intensité vers la racine du poumon ; à droite, murmure vésiculaire faible, expiration prolongée avec râles sibilants aigus. Même phénomène en avant, dans le même ordre. Râle trachéal à distance ; sensation de constriction sous-sternale très-intense. De trois à quatre heures, durée de l'accès ; le malade rejette deux ou trois crachats muqueux denses seulement, et une quantité notable de l'expectoration séreuse non aérée. Peu après le bain, les signes stéthoscopiques, profondément modifiés, se réduisent à quelques râles vibrants de divers timbres. Plus de râle trachéal à distance, respiration et

sonorité thoracique égales dans les divers points, normales. Bien-être inaccoutumé. (Bains tous les deux jours.)

Pendant les mois de février et mars, la maladie reste réduite à l'attaque nocturne, et à de la dyspnée dans les grands mouvements, les efforts prolongés ; on note seulement quelques complications fréquentes chez les autres asthmatiques. Vers la mi-février se dessina un embarras gastrique qui fut enlevé par un vomitif ; l'appétit revint rapidement, mais le malade resta sujet à une névralgie des septième et huitième espaces intercostaux gauches (névralgie dyspeptique de M. Beau), avec douleurs irradiées dans l'hypochondre correspondant et jusqu'à l'épigastre ; ajoutées aux douleurs de l'attaque, elles la rendirent beaucoup plus pénible. Au commencement de mars, apparut une pesanteur incommode à l'épigastre, avec congestion céphalique intense, vertiges et dyspnée plus considérable, expectoration muqueuse moins facile. Tous ces symptômes cédèrent complétement à une petite saignée du bras.

Le 29 mars. Retour subit de l'orthopnée continue, le temps étant couvert, humide et très-froid depuis trente heures. Sonorité thoracique à peu près normale ; murmure respiratoire faible presque partout, couvert par des râles bullaires plus ou moins nombreux, humides ; sensation de turgescence abdominale et borborygmes incommodes. Des éructations nombreuses diminuèrent la dyspnée, et un bain sulfureux, pris le lendemain 30 mars, la calma presque complétement ; mais les mêmes signes de flatulence intestinale se reproduisirent avec intensité au début des accès nocturnes, dont la fin fut signalée par des éructations répétées.

Dans la nuit du 1er au 2 avril, j'eus l'occasion d'étudier l'attaque elle-même ; elle vint entre trois et quatre heures du matin. Au sentiment habituel de constriction sous-sternale, s'ajoute actuellement la sensation dans l'hypochondre gauche d'un corps qui se gonfle, s'étend transversalement vers l'épigastre, et, amenant une oppression irrésistible, force le malade à se mettre sur son séant, parfois seulement à se coucher sur le côté gauche. Quoiqu'il en soit, le décubitus dorsal devient impossible. La toux et l'expectoration muqueuse se suppriment complétement ; sifflements et ronchus trachéaux à distance, rejet par intervalle du liquide séreux pur ; résonnance tympanique de toute la cage thoracique, avec son humoral remontant très-haut dans l'hypochondre gauche. La mensuration de la poitrine donne 81-82 centim. Apnée partout en arrière, murmure vésiculaire très-faible en avant ; partout râles vibrants de timbre varié. Orthopnée avec

très-grands mouvements synergiques, thoraciques et abdominaux. Immobilité absolue ; un simple mouvement du bras, pour saisir quelque objet placé derrière le malade, suffisant pour déterminer l'étouffement au plus haut degré. L'anxiété est extrême. Peu à peu la toux se prononce, sèche et quinteuse d'abord, et entraînant seulement l'expectoration liquide plus ou moins aérée. Sur la fin de l'accès, plus violente et plus grasse, elle amène péniblement quelques crachats muqueux. Au bout de deux heures environ, cette attaque fut jugée comme les autres par le rejet, difficile d'abord, de crachats muqueux denses, semblables pour l'aspect à du riz cuit, ou mieux à de l'agate grise.

Pour le reste du temps, calme, facilité de mouvements dans une certaine mesure, comme à la date du 2 février. La mensuration de la poitrine donne alors 78-79 centim. de circonférence inférieure. Le malade se promène pendant la plus grande partie du jour dans les salles ou même dans les cours ; mais il ne peut gravir deux étages de suite sans éprouver une sensation d'étouffement qui le force à s'arrêter en arrivant en haut.

Jusqu'ici les bains sulfureux ont été administrés régulièrement tous les deux jours ; ils vont être suspendus momentanément pendant l'application d'un vésicatoire sur l'hypochondre gauche, faite en vue des complications gastriques. Celles-ci cèdent, mais les symptômes propres de l'asthme prennent chaque nuit une intensité croissante jusqu'à ce qu'on soit revenu aux bains sulfureux (12 avril), qui ramènent graduellement le calme habituel.

De cette époque au 12 mai, une rechute de quelques jours, occasionnée par un refroidissement pris dans les cours pendant une belle journée du printemps, est le seul incident à noter. Le malade, une fois remis, demande son *exeat* dans l'état suivant : journées et nuits calmes, celles-ci dans leur première moitié. Vers deux ou trois heures du matin, réveil inévitable, et au bout d'un quart d'heure environ, oppression légère d'abord, puis orthopnée. Tout rentre dans le calme vers dix ou onze heures du matin.

Ce cas résume les points les plus importants de l'histoire de l'asthme ; aussi l'ai-je choisi entre plusieurs, bien qu'il ne soit pas des plus avantageux comme échantillon du traitement. On est tout d'abord frappé des transformations subies à diveres périodes par la maladie, exacerbante pendant l'hiver seulement au début, puis intermittente pendant un été, enfin définitivement exacerbante pour devenir continue dans les derniers moments. L'hérédité, les signes physiques la caractérisent d'ailleurs suffisamment.

Souvent on verra le premier et même le deuxième bain sulfureux ne rien produire; mais dès que le soulagement se déclare, il va croissant. Le deuxième bain procure une diminution notable dans les signes physiques, un soulagement réel; mais ces effets immédiats du bain ne sont nulle part plus évidents qu'à la date du 2 février. Aussi est-ce ce résultat que je propose comme exemple. Rien de plus fréquent que les complications saburrales, ordinairement très-faciles à enlever : complication qui, dans le cas actuel, cède en effet à un seul vomitif, laissant derrière elle une douleur névralgique qui ne cèdera que beaucoup plus tard à l'application d'un vésicatoire. La rechute du 29 mars n'a plus les caractères propres à l'asthme : des râles bullaires ont remplacé les râles vibrants, l'emphysème est faible ou nul, et la flatulence intestinale très-marquée. Sans parler du froid, qui joue ici son rôle habituel, il y a, je pense, un rapport évident entre la transformation du catarrhe et l'état de souffrance du tube digestif. Sans que le sujet mangeât sensiblement moins, ces malaises se dessinaient, depuis quelques semaines, probablement sous l'influence de la mauvaise alimentation des malades pendant le temps de carême. Quoiqu'il en soit, la nutrition a souffert; et on admet très-facilement qu'il en résulte, dans la nature des sécrétions morbides, une modification analogue à celle que leur imprime l'agonie, ou une débilitation générale par quelque cause que ce soit. Les éructations qui apparaissent accidentellement à la fin des accès, les sensations intimes déterminées par la flatulence stomacale ont été considérées par quelques auteurs, Floyer entre autres, comme essentielles dans l'attaque de l'asthme. Elles disparaissent dans notre cas après l'application du vésicatoire, avec la complication qu'elles caractérisent. Les observations suivantes, où l'asthme est dégagé de cette complication, feront mieux apprécier les effets immédiats et définitifs des bains sulfureux.

Obs. II. — Antoinette-Euphrasie, âgée de 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 26 avril 1847. Enfant des hospices, élevée à la campagne par des mercenaires , et à tous ces titres fort mal soignée, elle fut affectée pendant toute sa première enfance d'une toux presque continuelle. Ses souvenirs font remonter à l'âge de 7 ans une oppression telle qu'elle ne pouvait alors courir comme les autres enfants; à 12 ans, âge où parut la menstruation, cette dyspnée continue commença à prendre la forme intermittente nocturne; les attaques, au maximum d'intensité de 18 à 25 ans, étaient, dit-elle, caractérisées par un sifflement trachéal intense et l'impossibilité d'articuler deux mots de suite sans

essoufflement. La malade vivait alors à Verdun; elle n'a dirigé aucun traitement spécial contre son asthme, qui a pris peu à peu la forme exacerbante actuelle; elle jouissait d'un embonpoint marqué et était purgée chaque mois pour une constipation opiniâtre et habituelle. Dans cette première période de son existence, pas d'autre malaise que quelques battements de cœur qui se joignent souvent aux autres prodromes de l'accès, et quelques crachements de sang ; ces derniers ne se sont plus représentés depuis. Elle est célibataire et n'a jamais eu d'enfant.

A Paris depuis douze ou treize ans, elle voit décroître son embonpoint, sans ébranlement de la santé générale, sauf pendant l'année qui vient de s'écouler ; en dehors de ses attaques d'asthme, pas d'autre accident qu'un ictère contracté il y a quatre ans par suite d'un frayeur vive. Les exacerbations de la dyspnée asthmatique l'amènent à l'hôpital une ou deux fois chaque année, au printemps et à l'automne, avec une intensité toujours croissante; elle est soulagée à chaque fois par des applications de sangsues en divers points de la poitrine et au cou. Chacun de ces traitements la retient un ou plusieurs mois à l'hôpital. L'haleine est courte dans les intermissions. Jamais elle n'accusa la constipation permanente, par crainte, dit-elle, des remèdes usités, et la purgation périodique se trouva ainsi tout à fait suspendue.

Enfin, dans l'année qui vient de s'écouler, la menstruation, très-régulière jusqu'alors, se dérange, et une ménorrhagie peu abondante, il est vrai, se manifeste tous les huit ou quinze jours. Rien de ce côté dans le courant du dernier mois; en même temps l'appétit diminue et la constipation augmente. Pendant l'été, amaigrissement plus rapide, chute des forces, la pâleur succède à une coloration habituelle du teint. Vers la mi-décembre dernier, probablement sous l'influence des froids rigoureux qui éclatent alors, exacerbation de l'asthme si intense que la malade, aussitôt admise à la Charité, éprouvait déjà un commencement d'asphyxie; une saignée du bras lui apporte un soulagement immédiat, et l'oppression diminuant peu à peu, elle sort après trois semaines environ de séjour. Depuis un mois, nouvelle exacerbation, dyspnée continuelle, le plus souvent portée jusqu'à l'orthopnée et condamnant la malade à une immobilité presque absolue; douleur thoracique vive avec sensation de constriction à la base de la poitrine; expectoration moins abondante que de coutume, très-difficile. Vers quatre heures du matin, accès nocturnes, parfois confondus dans une orthopnée qui dure toute la nuit, avec sifflements trachéaux presque continuels.

Le 27 avril. État actuel : céphalalgie, pâleur marquée, appétit

presque nul, répugnance pour les viandes et les potages, constipation intense, pesanteur stomacale sans flatulence après les repas. L'accès du matin se termine, ayant commencé comme d'ordinaire à l'aube du jour après deux heures environ de sommeil interrompu, la malade étant obligée de rester presque assise sur son lit. Maigreur extrême, rougeur des pommettes, teint cachectique, température normale de la peau qui est sèche et rude; respiration sifflante à distance, haute, anxieuse, à 30-32. Pouls à 90 un peu large, mais dépressible et affaissement complet de l'artère dans l'intervalle des pulsations. Toux peu fréquente, non quinteuse, avec sifflements et bruits de liquide dans la trachée (toux séreuse), ayant amené, depuis le commencement de la nuit, le rejet d'une demi-livre environ de crachats séreux contenant deux ou trois crachats muqueux denses. Mouvements respiratoires pénibles, énergiques, mais très-réguliers; la poitrine, maigre et sèche comme le reste de l'individu, est régulièrement conformée, sans voussure, sans effacement sus ni sous-claviculaire. Sonorité emphysémateuse générale et assez prononcée pour empêcher actuellement de délimiter le cœur, dont on ne perçoit pas non plus les bruits couverts par les râles. Dans toute la poitrine râles vibrants variés, surtout graves, monotones; en arrière et en bas, quelques-uns tremblottants, brisés, comme transitoires aux râles vibrants et aux bullaires; pas de murmure vésiculaire en arrière des deux côtés; langue et bouche saines; ventre de volume normal, douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche, où l'on sent quelques tumeurs molles, faciles à déplacer. (Ipécacuanha, 1 gramme; bains sulfureux; deux bouillons; bourrache miellée.)

Le 28. Les premières minutes passées dans le bain furent comme d'ordinaire très-pénibles; l'expectoration muqueuse dense fut pourtant plus facile et l'oppression moindre. Amélioration générale plus marquée encore, bien qu'il n'y ait pas eu de selles. (Deuxième bain sulfureux, une bouteille d'eau de Sedlitz, une portion.)

La malade supporte mieux le bain qui détermine une expectoration abondante et salutaire de crachats muqueux denses. Deux heures après le bain, sonorité thoracique normale; partout on entend un murmure vésiculaire faible, avec râles vibrants légers dans toute l'étendue de la poitrine, plus faibles en avant; à gauche et en arrière quelques râles bullaires sourds; à peine un peu de râle trachéal à distance. Deux ou trois selles; nuit calme, sauf l'accès du matin qui n'a pas changé; peu d'oppression pendant le jour.

Le traitement habituel produisait son effet accoutumé, lorsque, le 7 mai, la malade se fit renvoyer pour insubordination, sans que j'aie eu le temps de revenir sur l'examen forcément ajourné du cœur et du sommet du poumon gauche, sur lesquels une sonorité sus-épineuse obscure, des douleurs intercostales à la pression, et l'amaigrissement rapide du sujet me donnaient quelques soupçons.

Ici se trouve accusée une cause prédisposante généralement admise, l'existence d'affection catarrhale pendant l'enfance. On remarquera en outre les modifications que subit la maladie dans sa forme, modifications liées à l'âge du sujet, bien qu'on les ait expliquées autrement : l'asthme, continu dans la seconde enfance, prend le type franchement intermittent à partir de l'établissement de la puberté, type qui tend à s'affaiblir par suite du progrès de l'âge et peut-être des altérations que subit la santé générale. Dans d'autres cas, en effet, cette transformation s'est opérée beaucoup plus tard ; ainsi, par exemple, chez M. Am. Lefèvre qui explique cette persistance de la dypsnée dans l'intervalle des attaques par une complication catarrhale. Comment s'altère ici la santé générale ? Évidemment par la suppression d'une évacuation périodique, habituelle et nécessaire à la malade, aussi par les conditions hygiéniques moins bonnes dans lesquelles elle est transportée ; peut-être enfin les soustractions de sang qu'elle subit à plusieurs reprises n'y sont-elles pas étrangères. Toujours est-il que ces trois ordres de causes réunis expliquent surabondamment l'état cachectique auquel arrive cette malade. Une amélioration aussi rapidement obtenue, à peine entravée par une rechute (dont la cause est toujours un refoidissement), montre ce que l'on pourrait attendre, chez ce sujet, de soins réguliers et de l'observance des règles de l'hygiène.

Obs. III. — Hervy, âgé de 48 ans, entré à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Sainte-Geneviève, n° 28, le 25 juin 1847. Auparavant polisseur de métaux, il a quitté depuis quatre ans cet état pour celui de journalier, à cause des poussières métalliques ou autres qu'il respirait, et auxquelles il attribue l'affection qui l'amène à l'hôpital. Depuis douze ans il est sujet à des attaques d'une dyspnée, qualifiée *asthme* dans les différents hôpitaux où il a passé, attaques longues de quelques jours à plusieurs semaines, et entraînant la suspension du travail, parfois même l'impossibilité des moindres efforts. Dans les intervalles de calme, la respiration est assez libre pour sa pénible profession. Il a subi dans divers hôpitaux des traitements variés, ayant pour base en général les antipasmodiques et les opiacés, nécessitant trois ou

quatre mois de séjour, et suivis dans ces derniers temps d'un soulagement très-incomplet. Il est venu à pied à l'hôpital, faisant des haltes fréquentes pour reprendre haleine, et n'a pas mis moins d'une demi-heure pour gravir les deux étages qui l'amènent aux salles.

Orthopnée, râles vibrants dans toute la poitrine, tels qu'ils couvrent tout autre bruit ; pas de complications gastriques. Pouls petit, très-dépressible, à 89-90 ; apyrexie, congestion céphalique assez prononcée. (Cataplasmes émollients sur la partie antérieure du thorax, sinapismes aux pieds.)

Le lendemain 26, le malade étant dans le même état, il lui fut administré 1 gramme d'ipécacuanha, puis un bain sulfureux qu'on répéta tous les deux jours. L'amélioration fut rapide, et le 13 juillet, le malade prenait son *exeat* dans l'état suivant : respiration pure partout, entremêlée de quelques râles vibrants très-légers ; la marche, la phonation prolongées sont faciles, sans dyspnée ; oppression seulement dans la courbe, les grands efforts musculaires ; bruits du cœur un peu sourds, éloignés, normaux d'ailleurs.

Je pourrais produire un grand nombre d'observations ; mais les symptômes, la marche de l'asthme, les résultats immédiats des bains sulfureux (changements dans les râles, les diamètres et la sonorité thoraciques, etc.) étant partout les mêmes, j'ai cru pouvoir éviter des détails inutiles en condensant, en un tableau qu'on retrouvera plus loin, les résultats définitifs du traitement ; les intermédiaires ne diffèrent en rien de ceux notés dans les précédentes observations, qui suffisent d'ailleurs pour mettre en relief un point important, l'action des bains sulfureux, plus prompte et plus efficace que celle de plusieurs autres moyens de divers ordres employés antérieurement par les mêmes malades. La preuve est directe, et j'ajouterai à l'avantage des bains sulfureux cette circonstance, qu'ils se sont adressés à une époque plus avancée de la maladie, d'autant plus opiniâtre qu'elle est plus ancienne.

§ II. *Réflexions.* — Les trois observations précédentes ont été prises à peu près au hasard parmi celles que je possède, et on arrive à la même conclusion favorable pour les bains sulfureux, si on opère sur la masse des faits qui se sont présentés dans le service pendant le premier trimestre de cette année. Ils sont au nombre de 22, auxquels je puis ajouter celui d'une dame asthmatique depuis longues années, adressée à M. Beau par mon ami, le docteur Caudmont, et rapidement soulagée par les bains sulfureux, après avoir mis en vain à contribution tous les agents

de la matière médicale, au détriment de sa santé; l'asthme de cette dame était exacerbant non continu, comme dans la dernière observation. Trois autres sujets ont également retiré, à ma connaissance, un soulagement immédiat et prononcé de l'emploi des bains sulfureux répétés. Manquant de détails importants sur les antécédents de ces sujets, leur âge, le degré d'intensité et la forme de leur maladie, je ne les fais point entrer en ligne de compte, et j'analyserai seulement les 23 faits signalés qui, au point de vue du résultat définitif, doivent être divisés en trois catégories. Dans la première, je range avec les 3 cas dont je donne l'observation tous ceux où j'ai constaté une amélioration égale à celle de ces cas, parfois même supérieure; ils resteront cependant confondus pour ne pas multiplier les divisions. Cette catégorie comprend 13 cas, plus de la moitié. La deuxième est composée de 7 cas où l'amélioration évidente, notable, fut cependant moins complète que dans la précédente. Enfin 3 cas, dans lesquels l'amélioration fut nulle ou tout à fait éphémère, forment la troisième catégorie; cette faible proportion d'insuccès aura moins d'importance encore si l'on considère que l'un des trois sujets était atteint de rétrécissement ventriculo-aortique et d'hypertrophie du cœur, et l'autre soupçonné de phthisie. Mêmes considérations sur trois sujets de la seconde catégorie, présentant tous trois une constitution profondément détériorée par la misère, les souffrances, etc., avec anévrysme de l'aorte chez l'un, phthisie pulmonaire au deuxième degré chez l'autre. Le relevé ci-joint des cas de la première catégorie me dispensera de toute réflexion à leur égard (1).

(1) Depuis que ce mémoire est en voie de publication, M. Nélaton a eu l'occasion d'administrer les bains sulfureux à un asthmatique. Ce malade, souffrant sans relâche depuis plusieurs années, avait été soumis une fois sans succès à la cautérisation pharyngienne avec l'ammoniaque liquide, et refusa de se soumettre une seconde fois à l'application de ce moyen par crainte des douleurs atroces qu'il avait endurées. Le premier bain sulfureux détermina de la suffocation et ne put être supporté au delà de quelques minutes, et ce ne fut pas sans peine qu'on décida le malade effrayé à en prendre un second, à partir duquel se déclara une amélioration toujours croissante depuis lors sous l'influence du même moyen.

AGE		FORME.	ÉTAT DU MALADE.		DURÉE du SÉJOUR.
DU SUJET.	DE L'ASTHME.		A L'ENTRÉE.	A LA SORTIE.	
34 ans.	Quelques mois.	Intermittent nocturne.	Insomnie presque complète depuis deux mois par le fait de l'orthopnée, entraînant la cesation du travail.	Sommeil calme ; oppression légère seulement quand il court ou gravit rapidement un escalier.	1 mois.
41 ans.	3-4 mois.	Exacerbant nocturne.	Orthopnée non interrompue et insomnie complète depuis plusieurs jours.	Dort jusqu'au commencement de l'attaque qui arrive au point du jour ; journées calmes.	2 mois.
62 ans.	15-20 jrs.	Exacerbant nocturne.	Oppression continue ; insomnie.	Nuits calmes; dyspnée légère pendant la journée.	25 jours.
60 ans.	2 ans.	Exacerbant nocturne très-intense pendant l'hiver.	Oppression telle que la marche est impossible ; orthopnée pendant toute la nuit ; insomnie.	Nuits calmes jusqu'au moment de l'attaque; marche plus facile même sur un plan ascendant.	15 jours.
55 ans.	1 mois.	Continu.	Pendant le jour, oppression qui le tient dans l'immobilité; insomnie complète.	Nuits calmes ; diminution notable de l'oppression (lorsqu'il fut emporté par une pneumonie intercurrente).	1 mois.
71 ans.	15 mois.	Exacerbant nocturne.	Immobilité forcée dans le jour ; orthopnée nocturne ; insomnie.	Oppression légère pendant le jour ; les nuits qui suivent l'administration du bain sont complètes.	15 jours.
78 ans.	4 mois.	Exacerbant nocturne.	Marche extrêmement pénible; insomnie complète depuis le début du mal. Sujet exténué.	Nuits calmes ; oppression diurne très-légère seulement dans les grands mouvements. Restauration avancée.	3 semaines.
43 ans.	4 jours (3e attaque).	Exacerbant nocturne en toute saison.	Oppression nocturne; insomnie; dyspnée légère pendant le jour ; continue depuis le début de l'attaque.	Nuits troublées parfois par un peu de toux ; beaucoup moins de dyspnée pendant le jour.	8 jours.
54 ans.	1 an.	Exacerbant nocturne, léger en été.	Orthopnée nocturne ; insomnie ; dyspnée légère dans la journée.	Sommeil calme jusqu'à l'heure de l'attaque ; respiration libre dans la journée.	2 mois (intoxication saturnine).

Dans le premier semestre de l'année dernière (1846), 23 cas d'asthme (1) traités exclusivement par les bains sulfureux donnèrent, comme résultats définitifs, 19 améliorations et 4 insuccès : résultats qui, rapprochés de ceux obtenus cette année, fournissent le chiffre total de 39 asthmatiques soulagés par ce seul moyen, contre 7 qui n'en ont retiré qu'une amélioration faible ou nulle.

Ces chiffres sont éloquents, et je ne pense pas que les autres moyens, la cautérisation pharyngienne elle-même, se soient jamais appuyés sur des résultats semblables. La cautérisation, expérimentée longtemps sans succès par M. Beau, n'a été mise en usage qu'une seule fois cette année, sans aucun avantage pour le malade ; elle agit comme expectorant en suscitant de violents efforts de toux, des nausées, une expectoration séreuse abondante et, par le fait même des efforts expulsifs, le rejet de quelques crachats muqueux ; mais cette action tout à fait locale et momentanée ne produit qu'une amélioration peu sensible et éphémère. Ajoutons qu'elle cause aux malades une répugnance bien justifiée, tandis que tous s'applaudissent et de l'efficacité des bains sulfureux et du bien-être général que leur procure sans aucune fatigue l'application de ce moyen. Quant aux autres agents, antispasmodiques, opiacés, émissions sanguines, etc., à efficacité égale, il faudrait leur préférer les bains sulfureux, qui soulagent à moins de frais pour l'économie, qui, dans les cas mêmes où ils ne donnent pas en dernière analyse le résultat désiré, ont du moins une action bienfaisante sur l'obstruction bronchique qu'ils diminuent, sur l'enveloppe cutanée qu'ils préparent à une réaction plus efficace contre les variations atmosphériques, point important sur lequel nous reviendrons. Pour tout dire enfin, il se présentera des cas (je n'en ai vu qu'un seul exemple) où les bains sulfureux ne seront pas même tolérés sans qu'on puisse saisir la cause de cette antipathie ; peut-être suffirait-il de varier suivant la température le degré de concentration du bain, de l'assortir par quelques tâtonnements à ces idiosyncrasies réfractaires. Cela n'a point été essayé. Quoiqu'il en soit, le bain sulfureux, employé dans la mesure indiquée, est toujours parfaitement innocent, sinon utile, et rien ne peut empêcher d'en faire l'essai.

Cette efficacité bien constatée des bains sulfureux, répétés dans le traitement de l'asthme, est un argument de plus en faveur de la doctrine que nous embrassons, comme le prouvera un exa-

(1) Le nombre total des asthmatiques fut de 26 ; j'ai dû en retrancher 3 sujets traités par d'autres moyens.

men plus approfondi des faits. L'obstruction des bronches par un mucus dense produit, avons-nous dit, les râles, tous les signes physiques de l'asthme et la dyspnée : ce mucus une fois sécrété, son accumulation doit augmenter les accidents que son rejet fera cesser. Or, l'effet immédiat du bain, comme le prouvent les 7/8 des cas que j'ai suivis, auscultant et percutant les malades avant et après le bain, notant soigneusement la nature et la quantité de l'expectoration, l'effet immédiat du bain est, dis-je, de provoquer, soit à l'instant même, soit dans les heures suivantes, le rejet de ces matières denses qui seules peuvent produire les râles vibrants, l'emphysème, etc.; et cela fait, les symptômes essentiels de l'asthme ont baissé dans la proportion de l'abondance et de la nature de cette expectoration. Les faits sont là, leur enchaînement a été cent fois constaté : qui pourrait nier entre eux un rapport de causalité ? La contre-épreuve confirme à sa manière des déductions légitimes : chez les réfractaires, le bain sulfureux ne modifie ni en qualité, ni en quantité l'expectoration habituelle.

CHAP. II. — *Des bains sulfureux en eux-mêmes.*

Quelques mots suffiront pour exposer le mode d'action et d'administration de ce moyen, sa préparation, ses adjuvants, etc.

A. *Action physiologique et thérapeutique.* — Le soufre, administré de temps immémorial contre les affections catarrhales, à l'intérieur et à l'extérieur, est un médicament excitant dont l'effet se traduit par la chaleur plus grande de la peau, l'accélération du pouls. Cette propriété, liée au principe minéralisateur, se retrouve nécessairement dans les bains sulfureux ; et la température de l'eau, quand elle est plus élevée que celle du corps, ajoutant son action à celle du soufre, l'excitation cutanée peut être telle qu'une fièvre artificielle s'allume, incident favorable d'ailleurs à la révulsion qu'on recherche. A ce double effet sur l'enveloppe cutanée s'ajoute une véritable fumigation médicamenteuse, le malade respirant forcément les vapeurs au milieu desquelles il est plongé.

Chez l'homme en santé, ce bain produit une action réparatrice, une tonification inconnue ; après les bains simples on est beaucoup moins sensible au froid. Chez l'asthmatique, à cet effet prophylactique déjà précieux se joint le soulagement immédiat apporté par l'expectoration muqueuse dense, qui se déclare tantôt dans le bain même, tantôt un peu après, et qui toujours demeure plus facile dans la journée et la nuit suivante. D'après M. Trousseau, ces bains jouiraient de plus, par le fait

du gaz acide sulfhydrique qu'ils contiennent en dissolution, d'une action stupéfiante immédiate diminuant l'excitation fluxionnaire du poumon. Quoiqu'il en soit, cette propriété calmante étant dépassée de beaucoup par l'effet excitant du bain, on proscrirait l'emploi de ce moyen chez les sujets tourmentés de la fièvre, chez ceux affectés d'hémorrhagie avec état fluxionnaire et fébrile évident. Est-ce à la révulsion cutanée, à la fumigation directe qu'il faut rapporter l'heureux effet des bains sulfureux ? Toutes deux y contribuent probablement, et l'efficacité de ces bains me semble être bien plus dans la réunion de ces circonstances que dans une spécificité contestable du principe minéralisateur. Celse, qui faisait respirer à ses malades des vapeurs d'eau chaude, se loue de l'emploi de ce moyen. En Turquie on met parfois les malades dans des étuves; l'expérience a démontré à M. Beau que les bains simples soulageaient aussi les malades ; mais il y a bientôt renoncé, l'action débilitante de ce moyen ne permettant pas de le répéter impunément plusieurs jours de suite, et rendant d'ailleurs les malades beaucoup plus sensibles aux variations atmosphériques.

B. *Préparation.* — Pour la préparation des bains sulfureux artificiels, on substitue au sulfure de sodium qui constitue les eaux naturelles, son congénère le sulfure de potassium, dissous dans l'acide sulfurique ou chlorhydrique, à la dose de 150 à 250 grammes pour un bain ordinaire. Il ne faut pas perdre de vue que la chaleur du bain ajoute beaucoup à l'effet excitant du sel, et que la sensibilité individuelle doit être graduellement éprouvée pour éviter la *poussée*, dont le seul inconvénient, au reste, est de forcer à suspendre momentanément les bains. Leur température peut osciller entre 25° et 35° cent.

C. *Administration.* — Les bains doivent être pris à jeun et le matin de préférence. Si la saison est rigoureuse, le sujet très-sensible aux influences atmosphériques, il sera bon de les lui faire prendre près de son lit, où il se replacera au sortir de l'eau ; les observations citées plus haut montrent tout le danger d'un refroidissement ; peut-être compterions-nous moins de rechutes si les malades de cet hôpital n'étaient pas forcés de traverser une cour pour aller au bain et en revenir. Leurs propriétés toniques permettent de les administrer à intervalles rapprochés sans danger pour le malade ; on en a donné un tous les deux jours et même tous les jours au début du traitement et quand l'attaque est intense : toutefois, cette manière de faire est restée l'exception. Il est bon d'être prévenu que l'effet immédiat des premiers bains est de produire une dyspnée plus grande, attribuable, 1° à l'air humide

et chaud qui environne le malade, milieu moins propre à l'hématose; 2° à une pression périphérique plus grande. Parfois même les premiers bains sont insupportables au delà de quelques minutes; mais avec un léger effort, l'habitude vient, et cela d'autant plus vite qu'une expectoration plus facile compense et au delà l'inconvénient précité.

D. *Adjuvants, complications.* — L'asthme est presque toujours compliqué, 18 fois sur 23 cas; et 13 fois on trouve une complication gastrique, le plus souvent bilieuse ou pseudo-bilieuse (1). Enlever les complications gastriques, là git le succès du traitement; tant que persistent l'anorexie et les autres troubles de la digestion, les bains restent à peu près inefficaces. A ce point de vue, l'émétique est donc un adjuvant puissant, de tous les jours, car on l'administre avec un égal succès contre l'état saburral, contre les névroses variées et encore peu connues de la digestion, dont l'ensemble constitue la dyspepsie des anciens, la gastralgie des modernes. La formule usitée dans le service est la suivante (pour un adulte) :

Émétique. . . . . 10 centig.
Ipécacuanha. . . . 1 gramme.
Dans un julep simple,

à prendre par cuillerées à bouche, de dix en dix minutes, avec une certaine quantité d'eau tiède. Il y a ordinairement déjections copieuses par haut et par bas. La potion vomitive convient encore comme moyen direct contre une dyspnée très-intense, en attendant le bain dont la préparation peut être assez longue : on opterait, dans ce cas, suivant les symptômes dominants, entre cette médication et une saignée du bras; *occasio præceps.* Dans des cas moins pressants, comme celui de la troisième observation, on se trouve bien d'un large cataplasme émollient sur la face antérieure du thorax et le cou, avec des boissons émollientes chaudes.

E. *Prophylaxie.*—Voilà pour le traitement de l'attaque; je n'ai fait qu'indiquer en passant les propriétés prophylactiques des bains sulfureux, et je terminerai par quelques mots sur ce point important. Les précautions hygiéniques traditionnellement reproduites dans tous les traités, dans tous les articles sur l'asthme, méritent d'être suivies à la lettre; car elles reposent toutes sur cette idée, protestation muette de la vérité un instant débordée par l'hypothèse,

(1) Sous ce dernier nom, M. Beau désigne un état très-fréquent cet été et caractérisé par : anorexie avec ou sans douleurs épigastriques; langue large, molle, humide, couverte d'un enduit jaunâtre; bouche amère, parfois nausée. Les vomissements provoqués n'ont cependant aucun des caractères bilieux et soulagent peu ou point le malade.

que l'asthme est immédiatement soumis aux influences de la température extérieure. Il faut donc prémunir par tous les moyens le malade contre les vicissitudes atmosphériques, l'y soustraire si on ne peut faire mieux ; n'est-il pas plus avantageux en effet de prévenir le retour des attaques d'asthme que d'avoir à les combattre ? A ce point de vue encore, les bains sulfureux l'emportent sur tous les autres moyens dirigés jusqu'ici empiriquement contre l'asthme : laissant de côté les antispamodiques dirigés contre un symptôme isolé ou contre une cause imaginaire, et dont j'aï déjà parlé, je comparerai aux bains sulfureux les trois moyens réputés puissants contre l'asthme : les expectorants (dont je distrais l'émétique commun aux deux méthodes), les opiacés, les saignées locales et générales. 1° les expectorants, à supposer qu'ils aient tous la puissance qu'on leur prête, s'attaquent seulement au produit de la sécrétion morbide sans modifier en rien celle-ci. 2° Les saignées remédient momentanément à la congestion sanguine déterminée dans le poumon par la gêne de l'hématose, et c'est là un avantage réel dans certains cas déterminés ; mais réfléchit-on assez à l'inconvénient grave que peut avoir une émission sanguine, même modérée, chez un vieillard ou un sujet *nécessairement* débilité à l'avance par une hématose imparfaite et des troubles plus ou moins prononcés de la digestion ? La réparation ne sera-t-elle pas d'autant plus lente, la réaction contre les influences extérieures d'autant moindre, que l'appauvrissement général aura été porté plus loin ? C'est alors qu'on voit l'asthme passer d'une forme légère à une forme plus grave, ou revêtir d'un jour à l'autre les caractères groupés, sous le titre de *Catarrhe suffocant,* par Laennec, qui signale ces transitions fâcheuses chez les individus affectés de catarrhe sec ou humide et débilités par la saignée (*Ausc. méd.*, t. I, p. 341). Des inconvénients aussi graves, une efficacité peu durable, mettent donc la saignée dans une infériorité marquée devant les bains sulfureux. 3° Enfin la prophylaxie de l'asthme ne se trouve pas mieux de l'emploi constant des opiacés ; les douleurs contre lesquelles on les dirige cèdent bien mieux à l'ablation de leur cause, troubles de la digestion d'une part, embarras de la respiration de l'autre. Les évacuants et les bains sulfureux que nous préconisons à cet effet ont encore sur l'opium cet avantage qu'ils relèvent les forces digestives et favorisent ainsi, mieux que tout autre moyen, la résistance aux actions débilitantes extérieures.

En un mot, et dans l'état actuel de la science, si l'on peut espérer d'atteindre, dans le sens absolu du mot, à la prophy-

laxie de l'attaque d'asthme, ce qui serait en réalité guérir la maladie, ce ne peut être qu'à l'aide des bains sulfureux et des indications tirées de l'état du tube digestif; car les agents ainsi employés répondent mieux que tous les autres aux deux indications majeures fournies par la connaissance de la nature intime de l'asthme : tarir la sécrétion morbide après avoir enlevé son produit. Qu'on ne s'illusionne point toutefois, ce but n'est pas atteint; mais n'est-ce donc rien que de l'entrevoir ?

D'autres affections de la muqueuse bronchique sont rapidement guéries par la médication précédente, notamment le catarrhe vulgaire; ce dernier (catarrhe trachéal, laryngo-trachéal, rhume, etc.), très-fréquent dans la pratique civile, est rarement observé dans les hôpitaux, où les malades ne viennent d'ordinaire que forcés de suspendre leur travail. M. Beau en a rencontré cependant, dans ces dernières années, un assez grand nombre pour se convaincre de l'efficacité des bains sulfureux dans cette affection. Les quelques cas qui se sont présentés à moi, tous des plus graves, puisque la toux entraînait une insomnie complète, ont été rapidement soulagés sans surcharger de boissons émollientes l'estomac du malade, sans recourir aux préparations opiacées qui, même à faible dose, enlèvent ou diminuent presque inévitablement l'appétit. Un petit nombre de caractères tranchés, pris parmi les signes physiques, séparent de l'asthme cette autre affection catarrhale : point d'altération du murmure vésiculaire, des diamètres et de la sonorité de la poitrine; peu ou point de râles, et ces derniers localisés quand ils existent à la partie supérieure des voies respiratoires ; point de dyspnée en dehors des quintes de toux. Cette dernière, la nature et la quantité de l'expectoration, les complications, sont les mêmes dans les deux affections, qui au fond ne diffèrent, comme je l'ai dit, que par le siége de l'obstacle formé au cours de l'air par la sécrétion morbide.

Les bains sulfureux ont également réussi quelquefois à M. Beau d'une manière inespérée dans certains cas de phthisie pulmonaire commençante.

THÉRAPEUTIQUE. — 5. *Recherches sur l'emploi de l'eupatorium perfoliatum dans le traitement de la grippe*, par le docteur PEEBLES.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

La fréquence des apparitions de la maladie, désignée généralement sous le nom de *grippe*, ne permet pas de rester indifférent aux recherches propres a éclairer son étude, et à celles surtout qui regardent le traitement. Bien que l'obscurité qui

règne encore sur l'origine et la nature intime de cette affection ne s'étende pas à un égal degré sur son traitement, celui-ci est loin d'être définitivement fixé. Ce n'est pas, cependant, que cette maladie ne présente des indications très-appréciables, et qui sembleraient devoir guider en sûreté le praticien ; mais il tombe dans le doute aussitôt qu'il veut choisir les médications par lesquelles il doit les remplir ; car il est rare que dans les cas graves, par exemple, on ait obtenu de l'emploi des moyens les mieux indiqués une guérison réelle, avec la promptitude que l'on devait attendre de leur activité ; dans le cas, au contraire, où les symptômes sont peu intenses, on a jugé avec raison ne pas devoir fatiguer le malade par leur usage intempestif, et la maladie est abandonnée à elle-même, souvent au détriment de l'art et du malade. C'est sous l'influence de ces considérations et de ces différentes circonstances, dont la réalité l'avait frappé, que l'auteur de ce travail résolut de se livrer à une investigation sérieuse de cette question, qui offre un intérêt si pratique.

Un des caractères les plus remarquables de la dernière épidémie, et qu'ont offert à un degré plus ou moins prononcé toutes celles qui l'ont précédée, c'est la disproportion qui existe généralement entre la souffrance et l'anxiété du malade et le peu de gravité de l'affection. Celle-ci consiste en une réunion de symptômes de caractère et de nature différents, et donnant lieu souvent à des indications opposées. Dans la plupart des cas, on observe simultanément la douleur des reins et des membres, avec un sentiment de lassitude et de prostration générale ; une toux extrêmement fatigante, une forte dyspnée, une violente céphalalgie siégeant communément au front, et qui s'étendait quelquefois à toute la face. La peau fait éprouver à de courts intervalles, sans aucun changement appréciable dans sa température extérieure, un passage rapide de frisson à une chaleur vive, et qui semble n'être qu'un simple trouble de la sensation ; le pouls est faible et quelquefois vacillant. Cette combinaison de symptômes aussi disparates laisse le praticien dans une grande incertitude sur le choix des moyens thérapeutiques qu'il doit employer. Parmi ces divers groupes morbides, le plus embarrassant est le trouble de la circulation. Malgré la ressemblance frappante qu'offre, dans la plupart des cas, cette maladie avec les symptômes du catarrhe ordinaire, il est impossible au plus simple observateur de ne pas reconnaître, à l'état du pouls et de la circulation, qu'il a à traiter une maladie autre que le catarrhe simple. Et, en effet, la médication, qui réussit complétement dans le traitement de cette dernière affection, échoue souvent

dans celui de la grippe, et les antiphlogistiques et les évacuants, qui sont si utiles contre le catarrhe, sont évidemment contre-indiqués dans le traitement de la maladie épidémique par l'état du pouls et de la circulation. Aussi est-on souvent obligé d'associer aux évacuants quelques médicaments toniques ou stimulants. Le caractère spécial de la grippe est certainement de déterminer dans toute l'économie un trouble qui ne peut être combattu par la méthode évacuante seule. Les symptômes fournis par l'appareil pulmonaire qui, dans la forme la plus ordinaire de l'épidémie, sont les plus prononcés et les plus menaçants, ne peuvent être rapportés uniquement à un travail inflammatoire, ni traités seulement par les antiphlogistiques. Ces témoignages sans réplique du caractère spécifique de la maladie doivent certainement influer sur la direction du traitement.

La difficulté d'associer des agents thérapeutiques convenables, sans soumettre les malades à des médications trop énergiques pour une maladie aussi peu grave, amena l'auteur, après divers essais, à employer l'eupatoire (*eupatorium perfoliatum*) ; cette plante, en effet, semble réunir toutes les propriétés que réclament les indications de l'épidémie. Et, en effet, aussitôt que ses préparations furent administrées d'une manière convenable, on vit, dans la plupart des cas, les symptômes les plus graves disparaître, non-seulement avec plus de rapidité que par toutes les autres méthodes, mais encore d'une manière beaucoup moins pénible et moins fatigante pour les malades. Bien qu'utile chez tous les sujets à certaine époque de leur maladie, l'eupatoire n'a pas suffi dans tous les cas pour amener une guérison complète. Lorsque les symptômes de l'invasion étaient extrêmement graves, quand la sécrétion biliaire était troublée, et surtout dans les cas où la maladie s'était étendue jusqu'au canal alimentaire, on prescrivait avant de l'administrer un cathartique mercuriel, combiné avec la poudre d'ipéca composée. Dans le cas, au contraire, où la violence de la maladie s'était portée, ce qui arrivait le plus souvent, sur l'appareil pulmonaire seulement, avec les douleurs de la tête, du dos et des reins, et cet état de la peau dont il a déjà été question, les effets de l'eupatoire étaient prompts et décisifs ; administrée d'une manière convenable, son infusion suffisait seule pour faire disparaître complétement et de la manière la plus expéditive tous les phénomènes morbides.

Cette plante est désignée en Amérique sous le nom vulgaire de *boneset* (qui calme les os), d'après les services qu'elle rendit à une certaine époque dans quelques Etats du nord dans le traitement d'une épidémie de fièvre, qui s'accompagnait de

violentes douleurs dans les membres et l'appareil musculaire, et où l'on obtint de son emploi, et avec une excessive rapidité, la disparition de ces douleurs. C'est à la connaissance de ce fait, et à celle des propriétés remarquables associées dans la préparation de cette plante, qu'on dut de penser à l'employer dans le traitement de la grippe épidémique ; l'essai qui en fut fait dépassa de beaucoup tout ce que l'on avait pu espérer ; car, aussitôt que l'économie était sous l'influence de ce médicament, les douleurs des reins et de tout l'appareil musculaire cédaient avec une rapidité merveilleuse. Or, cette rapidité avec laquelle disparaissent toutes les douleurs ne peut s'expliquer que par l'intermédiaire du système nerveux, sur lequel le médicament avait d'abord porté son action calmante, première propriété que possède à un degré éminent l'*eupatorium perfoliatum*.

Parmi les autres propriétés signalées dans les préparations de cette plante, et qui répondent si exactement aux indications que présente l'économie dans le cas de grippe, nous citerons en premier lieu la facilité avec laquelle on en obtient une abondante et favorable transpiration. Bien que la peau soit souvent, dans le cours de la grippe, mouillée par la sueur, cette dernière n'est, dans la plupart des cas, qu'un produit morbide en rapport avec l'état pathologique de la peau, et est souvent l'un des phénomènes les plus remarquables et les plus embarrassants de la maladie. Les antimoniaux peuvent également augmenter la transpiration, mais sans en changer les caractères ; aussi, sous ce point de vue, leur administration n'est-elle suivie d'aucun effet avantageux, et est-elle bien inférieure à la poudre de Dover ; cette dernière, cependant, dont le premier effet est d'arrêter rapidement plusieurs sécrétions par l'action de l'opium qu'elle contient, ne peut être employée qu'associée à d'autres agents thérapeutiques qui modifient son action primitive ou l'annulent complétement. Exempte de tous ces inconvénients, l'infusion d'eupatoire non-seulement produit une transpiration normale et abondante, mais rend bientôt à la peau sa condition naturelle, sa couleur et sa fermeté ordinaires, et ramène, au lieu de ces alternatives de frisson et de chaleur vive, une moiteur douce et agréable sur toute la surface cutanée. Aussitôt que cette diaphorèse bienfaisante est établie, la toux commence à diminuer, et on observe une amélioration notable dans tous les phénomènes morbides de l'appareil pulmonaire. La diminution de la toux, la disparition de la dyspnée et de cette pénible irritation des poumons, qui, dans beaucoup de cas, semble atteindre les vésicules mêmes les plus éloignées, sont les effets immédiats de

l'emploi de cet agent thérapeutique, que l'on peut considérer dès lors comme un *expectorant* à la fois prompt et efficace. L'auteur ne connaît même aucun moyen thérapeutique ni aucune combinaison de médicaments qui puissent être comparés sous ce rapport aux préparations d'eupatoire. La seule préparation qui puisse s'en rapprocher sous ce rapport est la teinture de Lobélie, recommandée par le docteur Blakiston, en Angleterre ; mais comme cette dernière n'a aucun des autres effets thérapeutiques de l'eupatoire, elle lui est nécessairement très-inférieure.

Aux propriétés déjà signalées, on doit ajouter celle qu'elle exerce sur le tube digestif, et qui dispense le plus souvent d'employer pendant le cours du traitement d'autres laxatifs, à l'exception pourtant des cas où la constipation est extrêmement prononcée, ou bien de ceux encore où la maladie se complique de symptômes cérébraux graves.

Enfin, la dernière propriété pour laquelle l'eupatoire est recommandée dans un grand nombre de cas de grippe, c'est l'action tonique qu'elle produit sur l'économie, propriété d'une grande importance pratique, surtout chez les personnes avancées en âge, chez lesquelles la tendance à la prostration est souvent si prononcée dès le début de la maladie, et avant qu'aucun des autres symptômes ait pris une intensité remarquable.

L'admirable association de ces différentes propriétés fait donc de l'*eupatorium perfoliatum* un agent thérapeutique d'une grande puissance, et par lequel on peut remplacer tous les autres moyens ou toutes les combinaisons de moyens qu'on a employés jusqu'ici contre la grippe épidémique. Toutes les fois qu'un malade a été traité par cette méthode dès le début de la maladie, on n'a point eu besoin d'autres toniques ni d'autres stimulants. Ce n'est pas seulement chez les vieillards que les propriétés toniques de l'eupatoire ont produit les résultats les plus favorables ; il en a été de même chez les nègres qui offraient dès le début les caractères de l'asthénie la plus prononcée.

Chez les nègres, en effet, la cause morbide semblait épuiser toute son action sur le système nerveux ; car l'abattement moral, la dépression du pouls et la prostration de tout l'appareil musculaire avaient une intensité qui n'était nullement en proportion avec celle des autres symptômes. On était souvent étonné en voyant le nègre arriver, dès l'invasion, marchant comme s'il eût été ivre, se regardant comme perdu et sans espoir ; et, en effet, offrant une dépression de la circulation effrayante, tandis que les symptômes pulmonaires étaient à peine appréciables, et que, le plus souvent, le tube digestif ne présentait pas le moindre

signe d'altération, soit organique, soit fonctionnelle, en sorte que la seule indication évidente était de combattre la douleur des reins et des membres, la lassitude extrême de l'appareil musculaire, et la céphalalgie peu intense qu'accusait le malade. Dans ces cas, on ne saurait croire avec quelle rapidité disparaissaient ces symptômes graves aussitôt que le malade avait pris quelques tasses d'infusion d'eupatoire.

Il y a encore un autre ordre de cas de la maladie extrêmement embarrassants, et où la même préparation apporte un soulagement immédiat : c'est chez les hommes adonnés à l'ivresse, et chez lesquels la grippe détermine des symptômes de prostration et d'ataxie d'une intensité remarquable. Ces accidents, en apparence très-inquiétants, disparaissent avec une facilité prodigieuse sous l'influence de l'infusion d'eupatoire prise à froid et mêlée avec la teinture ou l'infusion de houblon, suivant la nature des cas.

Mode d'administration. — Dans les cas les plus graves, et que l'on se propose de traiter uniquement par cette méthode, on fait coucher le malade, on le couvre bien, et on lui fait boire une tasse d'infusion préparée avec une once de feuilles sèches, sur lesquelles on a versé une pinte d'eau bouillante. On administre une dose semblable et à chaud toutes les demi-heures. Après la quatrième ou la cinquième dose, il survient des nausées considérables, quelquefois des vomissements, et ensuite une transpiration abondante, sous l'influence de laquelle tous les symptômes s'améliorent immédiatement. En même temps que les nausées se font sentir, l'expectoration devient très-abondante et facile, et le malade se trouve beaucoup mieux. Dans le but de maintenir le malade sous la même influence, on continue d'administrer l'infusion par tasses à trois ou quatre heures d'intervalle et à la même dose. C'est environ six ou sept heures après le commencement de ce traitement que commencent les évacuations alvines liquides, et ensuite le ventre reste libre. Il arrive assez souvent que le soir du second jour, surtout lorsque le malade commet quelque imprudence, tous les symptômes reparaissent, et alors on est obligé de recommencer le traitement. Dans la plupart des cas, cependant, les symptômes disparaissent graduellement, et le malade est guéri vers le quatrième ou cinquième jour. Lorsqu'on a commencé le traitement par l'emploi du calomel ou de quelque autre préparation énergique, on doit dès le lendemain administrer l'infusion pour en obtenir les effets sudorifiques et expectorants. Dans ces cas, on en administre une dose toutes les deux heures. Quand, à la suite de cas

graves, le malade, après la disparition des symptômes les plus prononcés, reste faible, il se trouvera bien de l'administration de l'infusion à trois tasses par jour et à froid.

Cet exposé des propriétés et du mode de l'*eupatorium perfoliatum* ne permet pas de douter de l'utilité de son emploi dans le traitement de cette étrange maladie, à laquelle les praticiens n'ont pu opposer jusqu'ici que des moyens ou trop énergiques ou tout à fait insuffisants.

---

6. *Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ;* par A. Rodet, chirurgien en chef (désigné) de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

(Suite et fin : *voir* t. XI, novembre 1847, p. 86; t. XII, décembre, p. 65.)

(Gazette médicale de Paris, N° 50; 1847.)

Deuxième partie. — *Quels sont les moyens les plus propres à prévenir les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium ?*

Tout ce que j'ai à dire sur ce sujet ressort presque directement des considérations auxquelles je me suis livré dans la première partie de ce mémoire. Le premier précepte qui en découle, et celui sur lequel je dois insister avec le plus de force, c'est qu'il ne faut jamais administrer l'iodure de potassium dans des cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.

Le deuxième, c'est qu'il faut l'employer avec d'autant plus de circonspection que le malade a pris antérieurement une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.

Le troisième, c'est que toutes les fois que la maladie pour laquelle on administre l'iodure de potassium est compliquée de l'inflammation de quelque organe, ou de toute autre affection qui n'en dépend pas directement, il faut combattre et détruire la complication avant de recourir à l'iodure de potassium.

Le quatrième enfin, c'est que, dans tous les cas, on doit surveiller attentivement les effets du remède, ne jamais le porter à des doses qui ne soient pas prescrites par la plus stricte nécessité, et en suspendre l'usage aussitôt qu'il paraît exercer le moindre effet délétère sur l'économie.

Premier précepte. — *L'iodure de potassium ne doit jamais être administré dans des cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.*

Ce précepte est si simple et si vrai qu'il touche à la banalité ;

il est cependant justifié par l'abus extraordinaire que l'on fait aujourd'hui de l'iodure de potassium. Toutes les fois qu'une maladie se présente avec des caractères douteux, il suffit que celui qui en est atteint ait eu autrefois quelque affection syphilitique ou pseudo-syphilitique pour qu'on admette à l'instant un vice imaginaire dans le sang, et pour qu'on se croie autorisé à administrer l'iodure de potassium. Dans ces cas, on se garderait de prescrire le mercure ; on en redouterait les conséquences, et il est admis qu'il faut être sûr de son diagnostic pour recourir à ce remède. L'iodure de potassium, au contraire, est réputé inoffensif, et c'est là une des principales causes de l'abus qu'on en fait. Dans d'autres cas, lors même qu'on ne soupçonne pas la nature syphilitique de la maladie, on a recours à ce remède parce qu'on lui suppose des propriétés chimiques, et parce qu'on a échoué par d'autres moyens. Dans tous ces cas, si les premières doses n'opèrent point d'amendement, on les augmente, et l'on arrive quelquefois à des doses extraordinaires avant d'avoir reconnu son erreur. Souvent aussi il arrive que l'iodure porte son action irritante sur la gorge, et produit une lésion que l'on prend aisément pour un symptôme syphilitique, et que l'on poursuit à outrance avec le remède qui l'a déterminée, et qui n'est propre qu'à l'aggraver de plus en plus. Il importe donc de bien poser le diagnostic avant de faire usage de l'iodure de potassium, et de bien déterminer les cas où il convient d'y avoir recours.

On a employé l'iodure de potassium contre les maladies les plus diverses, et les journaux de médecine publient tous les jours des exemples de guérisons extraordinaires de rhumatisme, de cancer, etc., obtenues par ce médicament. Ce sont là en général des erreurs de diagnostic, comme on peut s'en convaincre en lisant attentivement les observations dont il s'agit, et ces erreurs de diagnostic entraînent ceux qui les méconnaissent dans des erreurs thérapeutiques graves, en leur faisant croire que l'iodure de potassium est doué de propriétés qui lui sont tout à fait étrangères.

L'iodure de potassium peut être employé avec avantage dans les maladies scrofuleuses, et contre les engorgements glandulaires ou autres ; toutefois, il m'a semblé qu'il ne convenait de l'employer qu'à faible dose dans le premier cas et qu'en frictions dans le deuxième. En exceptant les maladies syphilitiques, ce sont là à peu près les seuls cas où ce médicament produise des résultats évidemment avantageux ; mais c'est surtout dans les maladies syphilitiques qu'il devient véritablement héroïque, pourvu qu'on sache bien déterminer les cas où il convient. M. Ricord a

déjà depuis longtemps posé des règles précieuses sur ce sujet, et j'ai fait voir moi-même, dans une autre partie de ce mémoire, que ces règles sont en effet conformes à l'observation.

Dans les accidents primitifs de la vérole, rien encore n'a démontré que l'iodure de potassium jouit de quelque efficacité. En conséquence je conseille de ne jamais l'administrer contre ces accidents, à moins que le malade ne soit scrofuleux, et qu'on ne se propose, en l'employant, de remplir une indication accessoire.

Dans les accidents secondaires, il est presque toujours inefficace, et lorsqu'il agit avantageusement, ses effets sont ordinairement si lents, si incomplets et si incertains, qu'on doit s'abstenir complétement de l'employer dans cette période de la syphilis. En général, on abandonne trop facilement le mercure, qui est cependant si efficace dans cette période. Dans les cas même de récidive des accidents secondaires, et dans ceux qui annoncent que la maladie tend à passer à la période transitoire, c'est encore au mercure que je conseille de recourir de préférence, parce que son action est plus prompte et plus sûre.

Dans les cas d'accidents de transition, on peut suivre le conseil de M. Ricord, et associer les deux médicaments dans des proportions convenables. Cette association produit, en effet, des résultats très-rapides. Cependant, comme il importe de simplifier ces médications autant qu'il est possible, j'ai l'habitude de ne prescrire d'abord que le mercure seul, à moins que la maladie ne se rapproche plus de la période tertiaire que de la secondaire. Si le mercure agit favorablement je m'abstiens de tout autre remède ; si, au contraire, son action est trop lente et trop incertaine, je lui adjoins l'iodure de potassium. De cette manière on est certain de faire assez et de ne rien faire de trop, et l'on peut ainsi éviter des accidents que, par une conduite contraire, on aurait peut-être déterminés.

Toutes les fois que l'association du mercure et de l'iodure de potassium est jugée nécessaire, je conseille de choisir de préférence le biiodure, parce qu'il ne peut éprouver, sous l'influence de l'iodure de potassium, aucune modification pour le rendre nuisible. Je ne crois pas cependant qu'il y ait un grand inconvénient à choisir le sublimé corrosif, parce que son activité est presque aussi grande que celle du biiodure ; mais je conseille de ne jamais employer les autres préparations moins actives, surtout les frictions mercurielles, en même temps que l'iodure de potassium.

Dans les accidents tertiaires bien caractérisés, on a aussi l'ha-

bitude de prescrire les deux médicaments à la fois, et c'est encore une faute qui peut avoir des inconvénients. Dans ces cas, je commence toujours par l'iodure seul. S'il agit bien, je m'en tiens à lui ; mais si son action n'est pas assez prompte, je lui associe le mercure, plutôt que de le porter à des doses énormes, comme on le fait tous les jours. On oublie trop que, avant de connaître l'iodure de potassium, on guérissait presque toutes les maladies syphilitiques, même celles de la troisième période, rien qu'avec le secours du mercure ou avec le mercure associé aux sudorifiques.

Ainsi donc, pour résumer ce que je viens de dire, je conseille :

1° De ne jamais employer l'iodure de potassium dans les cas d'accidents primitifs, à moins que ce ne soit pour remplir une indication accessoire ;

2° De ne jamais l'employer contre les accidents secondaires ;

3° De ne jamais l'employer, de prime abord, pour des accidents de transition, et de ne l'associer au mercure que dans les cas où celui-ci semble agir d'une manière lente ou incertaine ;

4° Enfin, de commencer toujours par l'employer isolément dans les cas d'accidents tertiaires, et de lui associer ensuite le mercure s'il n'agit pas d'une manière assez prompte, plutôt que de le porter à des doses énormes.

En suivant ces préceptes, je ne doute pas que les accidents déterminés par l'iodure de potassium ne deviennent extrêmement rares, et que l'on n'évite de compromettre, aux yeux du public, un médicament qui peut rendre d'aussi grands services à la thérapeutique. On objectera sans doute que le diagnostic est souvent incertain, et que, pour que ces préceptes pussent être suivis ponctuellement, il faudrait qu'il fût toujours clair et précis. Cette objection est applicable à toutes les maladies et à tous les traitements, et c'est ce qui faisait dire au célèbre Louis que le diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art de guérir. Je n'ai pas à m'occuper ici des moyens d'arriver à un diagnostic rigoureux. Il me suffit d'avoir démontré que l'iodure de potassium ne doit jamais être administré dans les cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.

Deuxième précepte.—*L'iodure de potassium doit être employé avec d'autant plus de circonspection que le malade a pris, antérieurement, une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.*

Lorsqu'un malade, atteint de syphilis constitutionnelle à une

période quelconque, a pris antérieurement une quantité plus ou moins grande de mercure, on est dans l'usage, depuis quelque temps, de renoncer trop facilement à ce remède et de recourir à l'iodure de potassium. J'ai montré ailleurs quels sont les inconvénients qui peuvent en résulter. Pour éviter ces inconvénients, il faut ne jamais recourir à l'iodure de potassium dans les cas où le mercure est encore indiqué et peut être employé sans qu'il y ait à craindre d'amener la saturation et les désordres qui en résultent.

Si le mercure a été déjà pris en grande quantité, à une époque récente, et que la prudence ne permette plus d'y recourir, c'est au chlorure d'or que je conseille de s'adresser, et non pas à l'iodure de potassium. Je n'ai eu qu'à m'applaudir de suivre cette pratique. D'abord les malades guérissent presque toujours sous l'influence de ce remède, et ensuite, s'il ne produit pas des résultats assez favorables, on le supprime au bout de cinq ou six semaines, et on le remplace par l'iodure de potassium, seul ou associé au mercure. De cette manière, on a donné à l'économie le temps de se débarrasser du mercure dont elle était imprégnée, ou de revenir insensiblement de l'impression et de la surexcitation dans lesquelles l'avait laissée le premier traitement. Je n'ai jamais vu, dans ces cas, le chlorure d'or produire le moindre accident, si ce n'est quelquefois un peu d'agacement de l'estomac. Cette pratique est d'ailleurs pleinement justifiée par la théorie. En effet, aucune réaction chimique n'est à craindre de la part de ce remède, soit sur le mercure qu'on a donné antérieurement, soit sur l'iodure de potassium, que l'on peut administrer postérieurement. Si le mercure existe dans le corps à l'état de deutochlorure, comme le prétend M. Mialhe, il ne peut subir aucune modification sous l'influence du chlorure d'or, et s'il existe à l'état métallique, comme on l'a prétendu, ou sous toute autre forme, ses transformations ne peuvent avoir aucune importance à cause de la quantité si minime du chlorure d'or qui pourrait les déterminer. Quant à l'iodure de potassium, que l'on administre postérieurement, il est évident qu'il ne peut produire, sur le chlorure d'or, aucune réaction qui le rende nuisible pour l'économie.

Si le malade qui est atteint de syphilis constitutionnelle a fait son traitement mercuriel longtemps auparavant, il est permis de recourir, soit au mercure si les accidents appartiennent à la période secondaire, soit à l'iodure de potassium, s'ils appartiennent à la période tertiaire, soit enfin à ces deux médicaments à la fois, s'ils se trouvent sur la limite de ces deux périodes. Dans ces cas,

il est probable que l'iodure de potassium ne produira rien de fâcheux, et néanmoins je conseille d'en surveiller les effets avec d'autant plus de soin que le traitement mercuriel a été fait à une époque moins reculée, parce que, comme je l'ai déjà dit, on ignore quel est le temps nécessaire pour que l'économie se débarrasse entièrement d'un remède qui la modifie aussi puissamment que le mercure, et qu'on doit toujours craindre qu'il n'en reste encore quelques traces dans les tissus, même après quinze jours, trois semaines, un mois et davantage.

Si les combinaisons que je suppose, entre l'iodure de potassium et le mercure, au sein des tissus ou des liquides du corps, paraissaient trop problématiques, je les abandonnerais volontiers ; mais le fait pratique n'en resterait pas moins établi, à savoir, que les accidents auxquels l'iodure de potassium peut donner lieu sont d'autant plus à craindre, que le malade qui fait usage de ce médicament a déjà subi un ou plusieurs traitements mercuriels, et que ces traitements ont été faits à une époque plus rapprochée. Or, de ce fait découle naturellement le précepte que je viens de poser, c'est-à-dire que l'iodure de potassium doit être administré avec d'autant plus de circonspection, que le malade a pris, antérieurement, une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.

Troisième précepte. — *Toutes les fois que la maladie pour laquelle on administre l'iodure de potassium est compliquée de l'inflammation de quelque organe ou de toute autre affection qui n'en dépend pas directement, il faut combattre et détruire la complication avant de recourir à l'iodure de potassium.*

Nous avons vu ailleurs les accidents qui peuvent résulter d'une conduite contraire. Ce qu'il importe, avant tout, dans ces cas, mais ce qui peut offrir quelquefois, il faut le dire, de grandes difficultés, c'est de distinguer si l'inflammation ou l'affection de l'organe qui est dans un état de souffrance est le résultat de la maladie constitutionnelle, ou si elle en est indépendante. Dans le premier cas, le traitement qui est le plus capable de la faire disparaître est celui de la maladie constitutionnelle ; dans le deuxième, ce traitement ne serait propre qu'à l'aggraver.

M. Gauthier a cité l'exemple d'une jeune fille qui présentait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, en même temps que des tubercules syphilitiques ulcérés, sur différentes parties du corps, et qui fut guérie par l'iodure de potassium. Cette jeune fille vint mourir à l'Antiquaille, quatre ans plus tard, d'une maladie étrangère à celle-là, et, à l'autopsie, on trouva des cicatrices

évidentes dans les deux poumons. Les tubercules pulmonaires étaient de même nature que ceux des autres parties du corps, et voilà pourquoi l'iodure de potassium en triompha. Si l'on s'avisait d'administrer ce remède dans un cas de phthisie tuberculeuse ordinaire, il ne manquerait pas, au contraire, d'augmenter la toux et l'oppression, de produire un chatouillement pénible et douloureux dans les bronches, de supprimer l'expectoration, d'amener l'hémoptysie, en un mot d'aggraver la maladie au point de forcer bientôt à en cesser l'usage. Il en serait de même si le malade était atteint d'une simple bronchite, d'une affection catarrhale avec irritation, etc. Pour prévenir ces inconvénients, il faut donc de toute nécessité combattre et détruire ces affections bronchiques et catarrhales, par des moyens appropriés, avant de commencer l'usage de l'iodure de potassium. On peut d'autant plus facilement se conformer à ce précepte que les maladies constitutionnelles qui réclament l'emploi de l'iodure de potassium n'ont pas en général une marche rapide, et qu'il n'y a presque jamais d'inconvénient à retarder leur traitement de quelques semaines ou de quelques mois.

Ce que je viens de dire des affections des bronches et des poumons peut s'appliquer aux affections de tous les autres organes et de leurs dépendances : du cerveau, du foie, des reins, de l'utérus, de l'œil, etc. Si l'un de ces organes est atteint d'une manière syphilitique, c'est le traitement antisyphilitique qui est le plus propre à le guérir. Mais s'il n'est atteint que d'une inflammation ou d'une irritation simple, en même temps que le reste du corps est affecté d'une syphilis constitutionnelle, il faut s'abstenir de tout traitement antisyphilitique, jusqu'à ce que la complication ait été complétement détruite par les moyens les plus appropriés.

Quelquefois la maladie pour laquelle on juge que l'iodure de potassium doit être administré est compliquée de la suppression de quelque phénomène habituel, soit d'une sueur fétide des pieds, soit d'une fluxion hémorrhoïdale, soit d'une épistaxis périodique, etc. Le plus souvent cette suppression a déjà déterminé l'irritation ou l'inflammation de quelque organe ; alors le moyen le plus propre à combattre et à détruire cette irritation ou cette inflammation, c'est de rappeler la fluxion dans son siége primitif. Quelquefois aussi il n'existe encore aucune irritation à laquelle on puisse s'attaquer ; mais il y a dans le corps un trouble, un malaise ou quelque chose d'anormal qui menace tous les organes et qui n'attend qu'une légère occasion pour frapper quelque part et pour s'y fixer. Dans cet état, l'iodure de potassium pourrait

facilement remplir le rôle de cause occasionnelle. Il faut donc, avant de recourir à lui, rétablir l'équilibre rompu et rappeler encore la fluxion dans son siége primitif.

Quatrième précepte. — *Dans tous les cas, on doit surveiller attentivement les effets de l'iodure de potassium, ne jamais le porter à des doses qui ne soient pas prescrites par la plus stricte nécessité, et en suspendre l'usage aussitôt qu'il paraît exercer le moindre effet délétère sur l'économie.*

Si l'on suivait exactement tous les préceptes que je viens d'établir, je suis bien convaincu qu'on n'aurait presque jamais à constater aucun accident sérieux produit par l'iodure de potassium. Cependant on ne doit jamais se croire dispensé de surveiller attentivement les effets de ce médicament, parce qu'il arrive quelquefois que, après avoir été très-bien supporté quelque temps, il se déclare tout à coup une intolérance complète de la part de l'économie ; quelquefois aussi cette intolérance se manifeste dès les premières doses, lors même qu'on n'a employé que des quantités très-faibles. Dans les deux cas, l'intolérance ne peut s'expliquer qu'en admettant une idiosyncrasie que rien ne peut faire reconnaître d'avance, et voilà pourquoi l'on doit toujours surveiller attentivement les effets du remède.

Mais s'il arrive quelquefois de voir l'intolérance survenir dans des cas où l'iodure de potassium n'est employé qu'à dose faible ou moyenne, il est bien plus fréquent de l'observer dans des cas où il est employé à dose trop forte ou pendant une durée trop longue. Le désir d'obtenir des effets prompts et capables de surprendre les malades porte quelquefois à employer de prime abord des doses élevées. Mais le médecin doit toujours savoir résister à des désirs de ce genre, et ne voir jamais que l'intérêt des malades qui se confient à ses soins.

En 1842, M. Ricord posait le précepte d'employer l'iodure de potassium à des doses assez fortes pour faire disparaître les symptômes, sans être capables d'agir d'une manière pathogénique sur l'économie. Malheureusement il s'écartait lui-même de ce précepte, dans la page suivante, en conseillant de commencer l'emploi de ce remède par la dose de 15 décigr. et d'arriver rapidement à 3 grammes par jour, si les premières doses ne produisaient pas promptement des effets favorables. L'expérience de tous les jours démontre qu'il n'est pas nécessaire en général d'employer des doses aussi fortes pour obtenir de bons effets de ce remède. Elle démontre, en outre, que ces doses doivent varier suivant les sexes, les âges, les tempéraments et surtout suivant les idio-

syncrasies. Les différences qui proviennent du sexe, de l'âge et du tempérament peuvent être appréciées d'avance d'une manière approximative. Il n'en est pas de même de celles qui tiennent aux idiosyncrasies ; celles-ci échappent au jugement le plus solide et à l'œil le plus exercé, et il n'est possible de les apprécier que pendant la durée du traitement.

Les différences qui tiennent aux idiosyncrasies sont quelquefois si grandes que l'on voit des doses très-faibles agir d'une manière rapide chez certains malades, tandis qu'il faut des doses trois, quatre ou six fois plus fortes chez d'autres pour obtenir les mêmes résultats, quoique les uns et les autres se trouvent en apparence dans des conditions tout à fait identiques.

Il résulte des considérations précédentes que l'on doit toujours commencer l'emploi de l'iodure de potassium par des doses faibles, et n'arriver à des doses plus fortes que graduellement et lorsqu'on s'est assuré que les premières ne suffisent pas pour lutter favorablement contre la maladie. Du reste, il n'est pas possible, comme je l'ai déjà dit, de déterminer, d'une manière précise, quelles sont les doses qu'il convient d'employer en général, ni les modifications que ces doses doivent subir, suivant les sexes, les âges, les tempéraments et les idiosyncrasies. Cette détermination doit être laissée à la prudence et au tact de chaque praticien. Il me suffit d'avoir posé le principe et d'avoir montré combien il importe de s'y conformer.

Cependant je dois dire qu'en général il me paraît convenable de ne pas donner plus de 25 à 30 centigr. d'iodure de potassium en commençant, de n'augmenter les doses que toutes les semaines, de ne pas dépasser la dose de 2 ou 3 grammes par jour, et de ne pas prolonger le traitement au delà de deux mois. Les cas où l'on est obligé d'arriver à des doses plus fortes ou de prolonger le traitement au delà de ce terme sont des exceptions, et il est impossible d'établir aucune règle à leur égard.

J'ai déjà recommandé d'épier les moindres effets du remède pendant toute la durée du traitement. Si, malgré toute les précautions que l'on a pu prendre, il paraissait agir d'une manière défavorable sur l'économie, il faudrait, sans hésiter, en suspendre l'emploi ou le cesser définitivement. C'est encore à la sagacité et au tact de chaque praticien qu'il appartient de décider, dans un cas donné, s'il convient de revenir à ce moyen, lorsque les accidents qu'il commençait à produire se sont dissipés, ou s'il convient de lui substituer d'autres moyens. Le seul conseil que je puisse donner, à cet égard, c'est de ne jamais oublier, dans cette appréciation, que si l'iodure de potassium est un agent précieux,

il y a un grand nombre d'autres remèdes qui peuvent le remplacer d'une manière plus ou moins avantageuse et que, avant la découverte de ce remède, il y avait bien peu de maladies syphilitiques qui fussent au-dessus des ressources de l'art et qui ne pussent être guéries, soit par les mercuriaux, soit par les préparations d'or ou d'argent, soit par les sudorifiques, soit enfin par différents moyens empiriques, tels que les tisanes de Pollini , de Feltz, de Zittmann, etc.

Là se termine ce que j'avais à dire sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir. Plusieurs des propositions que j'ai émises seront probablement contestées par beaucoup de mes confrères. Peut-être même en est-il plusieurs qui ne se trouveront pas d'accord avec l'observation ultérieure. Dans ce cas, je répéterai pour ma justification ces paroles de Swédiaur que j'ai choisies pour épigraphe : « Malgré que ce sujet soit extrêmement intéressant, je ne sache pas qu'on l'ait encore convenablement examiné. Cette considération doit expliquer pourquoi les recherches *précédentes* ne sont pas aussi parfaites que je le désirerais. »

---

7. *Remarques nouvelles sur l'emploi de l'huile de cade et de divers produits bitumineux, résineux, empyreumatiques, dans le traitement des affections dartreuses;* par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Gazette médicale de Paris, N° 5 ; 1848.)

Les anciens, dans le traitement des maladies de la peau, faisaient un grand usage des produits bitumineux et résineux et des huiles empyreumatiques , produits auxquels de nos jours une vogue nouvelle a été donnée par des médecins, qui n'ont pas toujours su qu'ils ne faisaient que reproduire des expérimentations thérapeutiques accomplies depuis un grand nombre de siècles.

Le goudron en particulier , qui a été proposé de nouveau il y a une dixaine d'années par quelques élèves d'Alibert, comme le remède spécifique par excellence des affections prurigineuses et squammeuses de la peau, était peut-être de tous les topiques prescrits par les anciens celui que les écrivains grecs et latins indiquaient le plus habituellement dans leurs formules.

Le *goudron* est, comme on sait, un mélange de résine, d'huile empyreumatique et de charbon, obtenu communément de la combustion du pin et du sapin.

Les anciens employaient, soit le goudron proprement dit ou

la poix, soit la résine liquide du pin qui s'écoule par incision, et que nous nommons aujourd'hui térébenthine commune ou *galipot*.

Ainsi *Celse* conseillait, dans certaines éruptions scabieuses, une composition de soufre, de cire, de *poix liquide* et d'huile, réduite par l'ébullition en consistance de miel.

La *résine*, jointe en excès au soufre et au nitre (1), était appliquée aux éruptions papuleuses, eczémateuses, pustulo-croûteuses des extrémités, confondues par le même auteur sous le nom générique d'*impetigo*.

La gale, tant chez les animaux que chez l'homme, se traitait par le soufre mêlé à la *poix liquide*.

L'*éphélide* cédait à un topique composé de *résine*, de sel fossile et de miel.

Archigène recommandait le remède suivant comme capable d'enlever *en cinq jours* l'éruption squammeuse qu'il désignait sous le nom de *lepra :*

Prenez 3 à 4 drachmes d'oxyde de cuivre *(ærugo)*, 1 drachme de *résine* de pin liquide, 2 drachmes d'encens récent ; broyez avec du vinaigre, et après avoir ajouté de la résine liquéfiée par le feu, appliquez le tout sur la peau nettoyée et frottée. On enlèvera et réappliquera tous les deux jours l'emplâtre, et l'on trouvera les écailles adhérentes au linge.

Dans ce topique, comme dans beaucoup d'autres analogues où l'on mélangeait diverses substances végétales et minérales, la substance résineuse n'entrait que comme excipient ou adjuvant. L'oxyde de cuivre, employé par Archigène et par beaucoup d'autres auteurs anciens, est devenu, au commencement de ce siècle, la panacée universelle d'un empirique qui, l'unissant à un extrait de la matière verte végétale, en avait composé un remède secret connu dans le monde sous le nom de remède de *Kunckel*. Il faut noter d'ailleurs qu'outre l'emploi du topique, l'inventeur avait soin de prescire à ses malades l'usage répété des purgatifs drastiques, si souvent efficace contre les maladies de la peau.

J'ai, pour ma part, très-souvent employé avec succès, dans les affections squammeuses, le goudron purifié uni à l'axonge, dans la proportion de 3 à 5 grammes de goudron pour 30 d'axonge.

L'*huile de cade* est encore un produit résineux et empyreumatique (obtenu de la combustion du genévrier) sur lequel un travail de M. Serre (d'Alais) a rappelé l'attention des médecins

(1) Il est probable que, sous le nom de *nitre*, on désignait plus particulièrement, à cette époque, le *natron*, ou sel alcalin de soude natif.

qui s'occupent spécialement du traitement des maladies de la peau.

J'ai fait, tant à ma Clinique de l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, un grand usage de l'huile de cade, et j'ai employé tantôt celle plus pure et d'une origine plus sûre, que la pharmacie Caventou fait venir directement du midi de la France, tantôt celle plus âcre et plus foncée en couleur que l'on trouve communément dans le commerce, et qui est surtout usitée dans l'art vétérinaire.

Plus actif que le goudron, ce produit résineux jouit de propriétés détersives et résolutives très-efficaces dans l'*eczéma* et l'*impétigo chroniques*, l'*acne indurata*, le *cycosis*, le *lupus* et autres affections pustuleuses, tuberculeuses et squammeuses. Bien que ses qualités irritantes puissent parfois le rendre nuisible lorsqu'il est appliqué à des éruptions qui ont encore quelque chose d'inflammatoire, cependant il n'est pas rare de voir les surfaces rougies, excoriées et prurigineuses de l'*eczéma rubrum*, par exemple, se modifier rapidement sous l'application de l'huile de cade, le prurit se modérer, la rougeur diminuer, l'exhalation se tarir et la résolution s'opérer.

Il n'en est pas moins vrai que ce remède ne convient généralement que dans la période chronique de l'éruption, et que l'on doit toujours en surveiller les effets lorsqu'il est appliqué à des cas, où les émollients n'ont point été préliminairement employés pour combattre les symptômes d'excitation que présentent presque toujours au début les éruptions dartreuses, même les plus sujettes à se prolonger indéfiniment.

Un des exemples les plus heureux que j'aie rencontrés de l'action spécifique de l'*huile de cade*, est celui d'un vieillard affecté depuis plusieurs années d'un *eczéma rubrum* (dartre squammeuse humide) qui avait envahi toute l'étendue des membres inférieurs.

Beaucoup de remèdes conseillés inutilement par divers médecins avaient lassé la patience de ce malheureux, qui se regardait comme incurable.

Malgré l'ancienneté de l'éruption, je n'osai pas de prime abord employer l'huile de cade, et je préludai par l'usage des sulfureux, des purgatifs, et des pansements avec le cérat calaminaire.

Le mal restait à peu près stationnaire, les démangeaisons très-vives, la peau très-rouge ; presque toutes les nuits se passaient dans l'insomnie. C'est dans ces circonstances défavorables que j'eus recours à l'huile de cade, avec laquelle on badigeonnait matin et soir toute l'étendue des parties affectées.

Quinze jours après, le malade était guéri, ou du moins dans un état de résolution voisin de la guérison. Il y a eu depuis

quelques légers retours qui ont été promptement arrêtés par l'huile de cade.

La *suie*, remède ancien et populaire sur lequel M. le docteur Blaud (de Beaucaire) a cherché, il y a quelques années, à appeler la faveur publique, est un produit empyreumatique qui jouit en effet de vertus résolutives très-prononcées dans les éruptions chroniques.

C'est à l'occasion de la vogue donnée à cette époque à la *créosote*, que M. Blaud proposa d'employer de préférence la suie, remède beaucoup plus économiqne et plus facile à manier que la créosote.

« Puisque la créosote, dit M. Blaud, est un produit de la distillation sèche des substances organiques, et que, d'une autre part, la combustion dans nos foyers est la même distillation faite à l'air libre, où l'âtre représente le fourneau, et les parois de la cheminée la cornue, nul doute que la matière qui se trouve attachée à ces parois, qui n'est que le produit de cette distillation, et dont l'odeur d'ailleurs est analogue à celle de la créosote, ne doive contenir une quantité plus ou moins grande de ce médicament, et par conséquent partager ses propriétés thérapeutiques. »

La suie, comme on le conçoit facilement, est un produit très-variable, mais composé en général de sels de chaux, de soude et d'ammoniaque unis à un corps gras, une huile pyrogénée particulière, une sorte de *goudron* empyreumatique, et à du charbon. Une solution alcaline pourrait contenir tous les principes de la suie et serait employée en lotions, comme la suie mêlée à l'axonge peut être administrée en onctions.

M. Blaud a guéri avec ce topique un *impétigo* du menton (qu'il désigne sous le nom de dartre squammeuse), une *pseudo-teigne* impétigineuse (qu'il indique sous le nom de teigne faveuse), un impétigo des narines, un *eczéma* chronique du prépuce et du gland, et quelques autres affections dartreuses qui certainement auraient pu être combattues avec avantage par d'autres remèdes.

J'ai employé de même avec succès contre l'*impétigo* chronique la pommade à la suie. Mais plus encore que le goudron, ce remède offre l'inconvénient de salir le linge et les draps du malade.

Pour obvier à cet inconvénient, et croyant aussi augmenter par là l'efficacité du médicament, un médecin (assisté d'un pharmacien et d'un vétérinaire) a proposé récemment la substitution des *savons* à tous les topiques employés en médecine sous la forme d'onguents et de pommades.

A l'aide d'un savon dit *normal*, destiné à servir d'excipient à

tous les principes médicamenteux qu'on veut y associer, les auteurs offrent une série de formules qui représentent tous les onguents et pommades usités de nos jours.

Ce savon normal se compose de parties égales d'huile d'olives, d'huile de coco et de potasse ou de soude caustique, suivant que l'on veut obtenir le savon mou ou solide.

Le savon de *goudron* préparé par ce procédé n'est cependant point, à proprement parler, soluble dans l'eau ; mais celle-ci enlève le dépôt formé sur la peau, ce qui suffit pour parer à l'inconvénient signalé plus haut.

Nous avons eu l'occasion de faire à notre Clinique de l'hôpital Saint-Louis quelques expériences avec ces savons médicamenteux, et sauf l'inconvénient attaché à l'usage des compositions graisseuses sous le rapport de la propreté, il ne nous a pas paru que la substitution des savons aux pommades et onguents pût être regardée comme un avantage relativement aux effets thérapeutiques du remède.

Le *charbon*, qui entre pour une certaine proportion dans les combinaisons résineuses et empyreumatiques que nous avons indiquées, a été fréquemment employé, soit pur, soit mêlé à d'autres substances, dans le traitement des maladies de la peau. On l'a proposé contre les éruptions chroniques du cuir chevelu confondues sous le nom de *teigne;* on l'a employé pour saupoudrer les excoriations de l'*eczéma*, de l'*herpès*, du *pemphigus*, les ulcérations du *rupia*, du *lupus*, etc. Il y a quelques années un médecin hongrois avait proposé, comme spécifique des *dartres*, le charbon minéral uni à la potasse dans un composé qu'il désignait sous le nom d'*antrhakokali*. Nos expériences eurent bientôt réduit à sa juste valeur ce prétendu spécifique qui d'ailleurs n'était pas sans efficacité, mais dont l'activité était due au principe alcalin plutôt qu'au charbon qui ne pouvait guère être regardé que comme un excipient. Toutefois nous employons quelquefois la poudre de charbon comme dessicative, détersive et antiseptique dans les cas indiqués ci-dessus.

Pour résumer en peu de mots cette rapide esquisse thérapeutique, nous dirons d'une manière générale que les substances résineuses et empyreumatiques, appliquées communément par les anciens au traitement des maladies de la peau, doivent être regardées en effet comme jouissant de qualités astringentes, résolutives et détersives qui se montrent très-souvent efficaces dans l'*eczéma chronique*, l'*impétigo*, le *prurigo*, le *psoriasis* et même dans certains cas de *lupus* ou *esthiomène*.

8. *Traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur la tête;* par M. H. Mettais, docteur médecin à Montrouge.

(Gazette médicale de Paris, nº 6; 1848.)

Il n'y a pas d'affection aussi étrange, aussi affreuse, et, il faut le dire, aussi inconnue jusqu'à présent que l'épilepsie. La médecine a cependant fait bien des progrès depuis un demi-siècle, et, il y a cinquante ans, elle en avait déjà bien fait depuis sa naissance. Mais je ne vois pas que les maladies nerveuses, dont l'épilepsie est peut-être la plus horrible, aient beaucoup progressé. Cela est peu honorable à dire, mais cela est. Tout le monde pourtant s'est mis à l'œuvre avec un courage dont l'humanité doit au moins nous savoir gré.

C'est à ces efforts que nous devons de trouver de temps à autre dans les fastes de la science un fait de guérison, un remède, un moyen qui, par-ci par-là, a produit une heureuse cure ; mais pouvait-on demander davantage ? Je ne le crois pas. Ne connaissant rien sur la cause du mal épileptique, on n'a pu mieux faire que de lui opposer une médication au lieu de médicaments.

Il est impossible cependant que nous en restions là, que, dans un temps de travaux et de bonnes expérimentations comme le nôtre, on n'arrive pas à une plus heureuse solution de ce grand problème que la nature a proposé à la science. Non, l'épilepsie ne peut pas être incurable ! car chaque mal doit avoir son remède : cela est de toute justice dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique. Mais malheureusement nos études ne sont pas encore assez complètes. Nous ne connaissons pas encore assez les nerfs, le canal central qui les traverse, et le fluide éthéré qui parcourt ce canal.

Et pourtant toute l'épilepsie est peut-être là.

Cette incertitude est désespérante : elle est cause que nous ne savons que faire en face d'un épileptique, et que nous sommes conduits à regarder l'épilepsie comme incurable.

Pour mon compte du moins, telle avait été mon opinion jusqu'à ces dernières années. J'avais vu des épileptiques autant et plus que bien d'autres ; mais je ne m'étais jamais permis de compromettre notre science actuelle en essayant de traiter un seul de ces malades, puisque je n'avais rien de neuf à employer.

En 1843, éclairé par l'observation que je vais rapporter à l'instant, pensant d'ailleurs, comme tout le monde, que le siége du mal épileptique pouvait être dans le cerveau, et ne connaissant pas de moyen spécifique pour le débusquer de là, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas désavantageux d'avoir recours à

cette médication empirique qui réussit dans tant de maladies, surtout de maladies chroniques ou inconnues, à la révulsion. Mais la révulsion s'exerce de mille manières diverses. Je l'ai pratiquée par des frictions stibiées faites le plus près possible du siége du mal, sur le crâne ; et voici quels résultats elles ont produits.

Obs. — Cette première observation n'est point un fait d'épilepsie, mais un fait de névralgie cérébrale ; je le cite ici parce qu'il est curieux pour sa ténacité et son ancienneté, et qu'il m'a fourni la première idée du traitement de l'épilepsie.

Obs. I. — En l'année 1843, j'eus occasion de voir à Montrouge, dans la banlieue de Paris, madame D..., âgée de 60 ans, d'un tempérament nerveux sanguin, vive et fraîche comme une jeune femme, qui souffrait depuis vingt-cinq ans d'une névralgie siégeant à la partie postérieure du crâne. Un point paraissait principalement douloureux, même au toucher ; toute la tête cependant participait un peu à ces souffrances.

Tous les quinze jours à peu près, tous les mois au plus, madame D... était prise de son mal ; il était ordinairement tellement violent, que par intervalles elle perdait la tête. Ses yeux devenaient alors brillants et hagards ; elle s'arrachait les cheveux de rage, et bien des fois il fallut la retenir pour qu'elle ne se précipitât pas par la fenêtre de sa chambre. Elle restait ainsi pendant deux ou trois jours. Sa santé, du reste, était parfaite, et ses crises passées, aucun désordre ne régnait dans ses fonctions ; elle ne souffrait plus du tout de la tête.

Pendant vingt-cinq ans, madame D... se lassa quelquefois de la médecine, puis reprit de temps en temps du courage, et lui redemanda ses secours. Pendant longtemps on la soumit aux saignées, puis aux médicaments prétendus spécifiques des névralgies, les plus vieux comme les plus nouveaux, aux vésicatoires, emplâtres, purgatifs, à l'électricité, au galvanisme, à l'acupuncture, à l'homœopathie, au magnétisme, etc., etc.; puis elle eut recours au charlatanisme, à l'empirisme... A quoi ne se rattache pas celui qui souffre ?

Lorsque je visitai cette dame, qui n'avait point encore perdu tout espoir de guérison, je ne me trouvai pas peu embarrassé pour trouver une médication qui n'eût point encore été expérimentée, ou du moins un remède qui ne ressemblât point à ceux qu'on avait employés. J'appliquai un emplâtre fortement stibié sur toute la partie postérieure de la tête, et, à mon grand étonnement, la névralgie cessa en quelques heures pour ne plus revenir.

Quelle fut ici l'action de cet emplâtre? Nous tâcherons de l'apprécier tout à l'heure.

Obs. II. — Le 1er novembre 1843, je fus appelé chez madame veuve F..., tenant un bureau de tabac à Vaugirard, pour donner à son petit-fils, âgé de 15 ans, les soins que réclamait sa position. Son médecin habituel, en désespérant, venait de lui envoyer par écrit le conseil de ne plus donner au malade qu'une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, rien de plus. Madame F... comprit bien que son enfant était perdu; mais des gens bien élevés ne laissent pas mourir leurs malades sans l'assistance d'un docteur.

Voici ce que j'ai appris des antécédents de la maladie. Le petit jeune homme, à l'âge de 6 à 7 ans, avait été pris, sans cause connue, de convulsions épileptiques. Les secours de la médecine lui furent administrés aussitôt et pendant longtemps, mais en vain. Il n'eut de soulagement que par la drogue Leroy, qui lui donna deux ans de repos. Il se trouva alors dans les mêmes conditions physiologiques que les autres enfants.

Mais après deux ans, la maladie récidiva sans nouvelle cause appréciable. Les accès devinrent même plus fréquents, plus forts; l'intelligence s'épaissit, le caractère devint fantasque, méchant. Rien ne pouvait arrêter les progrès du mal. Dix-huit médecins cependant, m'a-t-on dit, avaient fait chacun leurs essais; M. le docteur Lélut fut consulté : c'était effrayant pour le dix-neuvième.

Il n'y avait jamais eu de paralysie dans aucun membre; la langue toutefois s'embarrassait de plus en plus depuis longtemps. Le malade ne tombait jamais, à l'heure de ses crises, que sur le front. Aussi le rapportait-on à sa famille toujours la face ensanglantée, et cela huit à dix fois par jour. Il était impossible de le garder à la chambre. On ne saurait dire s'il sentait approcher ses convulsions; car en vérité, depuis longtemps déjà, il était dans un état de brutalité fort voisin de l'idiotisme, qui ne lui permettait pas de rendre compte de ses sensations. Toutes ses fonctions, d'ailleurs, s'étaient toujours exécutées à merveille.

Mais, à ma première visite, je trouvai qu'il n'en était pas ainsi : l'épilepsie s'était bien compliquée. Le malade était couché sur le dos, immobile, les yeux incertains, les membres dans une résolution complète; il ne me reconnut pas, ne répondit rien à mes questions, qu'il ne paraissait pas comprendre; du reste, il ne parlait pas, il ne pouvait plus proférer qu'un grognement inintelligible; depuis quelque temps déjà il ne prononçait plus que le mot *chose;* lorsqu'il voulait parler, il ne trouvait pas

d'autre expression au service de sa volonté. Son pouls était serré, précipité, fiévreux.

Lorsque je me demandais si ce malade n'était pas sous l'influence d'une paralysie générale, je le vis se soulever tout d'une pièce sur son lit, les jambes immobiles toutefois, mais les bras s'écartant et revenant avec la tête, frapper les pieds. Il poussa en même temps un gémissement sourd, comme on fait dans un effort. Sa figure était pourpre, ses lèvres barbouillées d'un peu de salive écumeuse. C'était là sa manière habituelle de tomber. La même force le poussait encore, quoique dans une position qui ne la favorisait en rien, puisqu'il était couché sur le dos. Cette crise, comme toujours, dura quelques minutes seulement. On le ramena sur son oreiller, où il resta de nouveau immobile jusqu'à une nouvelle crise, qui ne tarda pas.

Parfois cependant ses convulsions ne se passaient pas avec autant de calme ; elles le jetaient de temps à autre dans une agitation telle, qu'il fallait un homme robuste pour empêcher qu'il ne se brisât la tête le long des murs.

Je crus voir dans l'état présent du malade une indication à pratiquer une petite saignée, que je fis de suite, mais qui ne produisit rien, ni bien, ni mal. Averti alors que l'on avait prié M. le docteur Lélut de venir voir le pauvre épileptique, et qu'il avait promis, je m'en tins là. Nous attendîmes trois jours, M. Lélut ne vint pas. Je proposai alors les frictions stibiées, que l'on exécuta de suite sur toute la tête. Cinq jours après, l'éruption était parfaite ; le malade nous regarda avec étonnement, les crises étaient moins fortes et moins fréquentes, il n'y avait plus qu'une légère tendance à tomber encore en avant, qui se renouvellait deux à trois fois par jour. Le pouls était à peu près normal, le malade commençait à parler, mais bien lentement et en cherchant ses expressions. Huit jours après le commencement du traitement, il n'y avait plus de crise, la langue était libre ; le malade causait avec moi et me rendait compte de ses sensations ; il se levait, marchait comme autrefois, toutes ses fonctions se faisaient bien ; il était guéri.

Depuis plus de trois ans la santé du jeune F... s'est bien soutenue ; il n'a pas eu la moindre indisposition ; son accroissement s'est fait normalement. Il a appris un état, qu'il exerce comme s'il n'eût jamais été malade.

Obs. III. — Mme L..., place de la Bastille, à Paris, me consulta pour sa demoiselle au mois de février 1844. Cette jeune fille, d'un tempérament qu'on pourrait appeler lymphatique sanguin, était âgée de 14 ans. Son apparence extérieure était forte,

les couleurs du visage très-vives. Depuis trois ans, sans que ses parents pussent attribuer cela à rien de connu, elle était prise subitement et plusieurs fois le jour de petites crises, qui ne lui duraient que deux à trois minutes. Elles se manifestaient ainsi assez souvent sans motif appréciable ; mais quelquefois pourtant, lorsqu'il y avait une émotion, la jeune fille poussait un petit cri et cherchait instinctivement un point d'appui pour ne pas tomber, et de fait elle ne tombait jamais, mais elle restait debout, appuyée, en extase, n'ayant nullement conscience de ce qui se passait autour d'elle. Ses mains étaient toutes couvertes de brûlures qu'elle se faisait avec son fer à repasser sans les ressentir (elle était repasseuse).

Elle n'était point réglée alors. Tous les traitements tendirent à provoquer l'évacuation menstruelle; elle s'établit fort abondamment et bien régulièrement à l'âge de 15 ans. Mais les crises extatiques furent plus fortes et plus nombreuses que jamais; elles précédaient et suivaient les menstrues; rarement elles venaient dans le courant du mois. A cette époque la jeune malade en eut jusqu'à onze par jour, sans qu'aucune médication antihystérique pût les calmer en rien.

A mon tour, je commençai par essayer un peu de tout ce que l'on vante. Les règles étant très-abondantes, la jeune fille forte, pléthorique, se plaignant habituellement de maux de tête, les crises affectant l'époque menstruelle, je crus pouvoir pratiquer une saignée de 4 palettes à peu près; la malade fut pire. J'eus recours alors à tous les moyens antispasmodiques que j'avais vu recommander et que je pus imaginer, mais je n'obtins rien. Je fis des frictions stibiées sur le bas-ventre; les crises furent améliorées pour reprendre ensuite leur intensité ; j'en fis faire également sur les lombes, qui produisirent le même effet, puis de chaque côté de la partie inférieure du sternum, un peu sur la naissance des reins et en même temps sur la région occipitale du crâne, et j'obtins la guérison. Cette guérison se soutint au moins pendant six mois, car la jeune fille vint me voir avec sa mère à cette époque. Je lui recommandai expressément de venir me revoir à la première crise qui aurait lieu. Je ne l'ai pas revue depuis. J'aurais donc tout lieu encore de croire que l'hystérie n'a pas reparu.

Obs. IV. — Les faits précédents conduisirent vers moi, au mois de juin 1844, M. C..., rue d'Enghien, à Paris, dont le fils était épileptique. Ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, était d'un tempérament lymphatique, pâle, languissant. Il se plaignait assez habituellement de maux de tête. Depuis six ans il

était pris, d'abord tous les cinq à six mois, puis plus souvent, puis enfin tous les mois, de crises convulsives avec perte de connaissance, écume à la bouche. Ces crises lui étaient annoncées quelques minutes avant par un saisissement général et un étourdissement. S'il tombait, c'était sur le côté droit. Chaque crise durait ordinairement un quart d'heure et même une demi-heure, mais il était toujours plusieurs heures à recouvrer parfaitement sa raison, à revenir à son état habituel; encore sentait-il pendant un jour ou deux un brisement général, qui l'avertissait de l'accident qui lui était arrivé, autrement il n'en avait aucunement la mémoire. Son intelligence d'ailleurs était ordinaire, et sa santé, sans être robuste, était assez bonne. Nous avions donc affaire à une épilepsie pure et simple. Inutile de dire que tous les traitements recommandés dans ces sortes d'affections avaient été ponctuellement suivis; il y avait des docteurs parmi les parents du malade. Las de l'ingratitude de la science à leur égard, ils s'étaient même jetés dans les ténèbres de l'empirisme, mais avec aussi peu de succès.

Les frictions stibiées, commencées aussitôt après une convulsion, diminuèrent tellement la crise du mois suivant qu'elle ne dura qu'une minute, encore en retardèrent-elles l'époque ordinaire. Le deuxième, il n'y eut qu'une lueur d'éblouissement à peine perceptible; le jeune homme seul s'en aperçut, quoiqu'il fût avec ses parents en ce moment; c'était l'instantanéité de l'éclair.

Je regrette de ne pouvoir compléter cette observation, le jeune homme, après sa guérison d'épilepsie, ayant été pris d'une fièvre typhoïde, à laquelle il succomba.

Ob. V. — En septembre 1845, je visitai, rue de Vaugirard, à Paris, Mme D..., âgée de 40 ans. Depuis huit ans elle souffrait de maux de tête, de vertiges, d'éblouissements assez tolérables dans le principe, mais qui devinrent ensuite de plus en plus fréquents et intenses. Tous les deux ou trois jours elle était subitement prise de crises convulsives, qui affectaient plutôt le côté droit du corps; la bouche était même un peu déviée de ce côté. Pendant les accès la face devenait toute violette, le cou se gonflait horriblement et faisait craindre une suffocation imminente; il y avait une bave souvent sanguinolente sur les lèvres. Ces accès duraient ordinairement de cinq à dix minutes, puis tout rentrait dans l'ordre, en laissant toutefois un mal de tête plus violent et une plus grande faiblesse dans les membres et dans la vue. Mme D... mangeait peu et avait habituellement une constipation opiniâtre. Elle était maigre, nerveuse, jouissant d'ail-

leurs de la plénitude de son intelligence. Sa mémoire toutefois, depuis quelque temps, diminuait sensiblement et sa parole était lente, un peu embarrassée.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, il y avait six semaines qu'elle ne pouvait plus quitter le lit. Lorsqu'elle voulait le faire, la tête lui tournait, ses jambes fléchissaient, elle se trouvait mal ; il lui était même impossible de rester seulement assise sur son lit. Sa vue était devenue trouble, au point d'avoir peine à distinguer les objets. A cette époque, ses accès la prenaient trois à quatre fois par jour, et quelques-uns duraient une demi-heure et plus. De très-honorables confrères avaient soumis cette pauvre malade à tous les traitements les plus rationnels et les plus énergiques, sans aucun succès. Je lui couvris la tête d'un emplâtre stibié, qui la guérit en quelques jours, si bien que tous les symptômes que j'ai énumérés disparurent, et qu'elle put reprendre des travaux qu'elle ne pouvait faire depuis plus de huit ans.

Lorsqu'elle vint me voir au mois de novembre suivant, elle me supplia de supprimer la suppuration que l'emplâtre avait établie à la partie postérieure de la tête. Je refusai nettement, lui prédisant même une rechute terrible si elle se débarrassait si promptement de ce qui l'avait sauvée. Elle ne m'écouta pas, fit sécher sa plaie, et à la fin de décembre, elle était de nouveau malade, avec des symptômes moins effrayants toutefois. Dans les premiers jours de janvier 1846, elle m'envoya chercher. La trouvant trop gravement malade pour attendre l'effet lent des frictions, j'appliquai de suite l'emplâtre stibié, qui n'eut pas le temps de produire le moindre bouton ; car la malade mourut presque aussitôt sans agonie et avec toute sa connaissance.

Obs. VI. — Au mois de janvier 1846, je fus appelé à Neuilly pour mademoiselle M..., âgée de 16 ans, qui était devenue idiote depuis l'âge de 10 ans, époque à laquelle elle montrait une intelligence supérieure. Elle était brune, d'un tempérament sanguin, forte, mangeant et digérant parfaitement, sans aucune trace de paralysie. La menstruation ne s'était pas encore établie, malgré tout ce qu'on avait fait pour cela. Tous les jours elle avait plusieurs convulsions épileptiques, qui se multipliaient davantage aux changements de temps, surtout à l'approche des temps orageux. Les frictions stibiées, fort mal faites et n'ayant produit qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 5 francs, diminuèrent les crises d'abord, puis les firent cesser pendant quelque temps, en même temps que la raison paraissait revenir. Mais tout cela n'eut point de suite ; le traitement fut négligé.

Ne pouvant le faire reprendre, tant était apathique la personne chargée de ce soin, je cessai mes visites en regrettant de perdre peut-être ainsi le plus beau cas en faveur des frictions.

Obs. VII. — Au mois de décembre 1845, je soignai rue Sainte-Placide, faubourg Saint-Germain, madame R..., petite femme, maigre, nerveuse, bien portante ordinairement, qui avait contracté, depuis plusieurs mois qu'elle avait fait une fausse couche, un mal de tête plus tenace que violent. La maladie cependant prenait un caractère grave. Tous les jours à peu près, madame R... avait depuis quinze jours des crises avec tous les symptômes épileptiques, qui résistaient aux traitements ordinaires. Je fis faire des frictions stibiées sur toute la partie postérieure de la tête, et aussitôt que l'éruption fut faite, c'est-à-dire après deux jours de frictions, la malade se trouva complétement guérie de ses convulsions épileptiques et de son mal de tête.

Obs. VIII. — Au mois de juin 1846, je fus consulté par M. P... (de Melun). C'était un homme sanguin, robuste, fortement musclé, âgé de 32 ans. Il éprouva pour la première fois et sans cause connue, à l'âge de 17 ans, des convulsions épileptiques qui le prenaient très-souvent, qui vinrent même à se reproduire deux et trois fois par jour. Je ne décrirai pas les symptômes, qui ne présentèrent rien d'extraordinaire. Je le fis frictionner avec la pommade stibiée, additionnée d'extrait de belladone. Il éprouva de suite une surexcitation telle qu'il parut fou, me dirent ses parents, pendant quelques heures, probablement par l'absorption de la belladone; mais il n'y eut pas d'éruption. Les crises cependant cessèrent pendant huit jours. Après ce temps, nous reprîmes les frictions simples, qui produisirent une forte éruption, et amoindrirent les convulsions en diminuant leur fréquence. On continua les frictions pendant six semaines, puis on les cessa, puis on les reprit; mais nous n'obtînmes pas une guérison complète. Seulement les crises, au lieu de se reproduire deux et trois fois le jour, ne venaient que deux fois à peu près par quinzaine. Depuis longtemps je n'ai point eu de nouvelles de ce malade, dont je n'ai jamais d'ailleurs surveillé le traitement; je m'en rapportais entièrement à la famille. Peut-être l'a-t-on mal exécuté.

Obs. IX.—J.-B. Der... (de Melun), comme le précédent, fut pris, à l'âge de 5 ans 1/2, sans cause appréciable, de petites convulsions à peu près insensibles, avec une salive mousseuse à peine visible entre ses lèvres. Douze et quinze fois par jour, il perdait subitement connaissance pendant quelques minutes, et se laissait

tomber, en s'affaissant, à terre où il restait, faisant à peine quelques mouvements jusqu'à ce qu'il revint à lui.

Lorsque je le vis, il avait 6 ans 1/2. C'était un enfant de bonne mine, d'une intelligence ordinaire, se portant bien. Il avait subi plusieurs traitements sans aucun succès.

Le 8 août 1846, on commença à frictionner sa tête, sur laquelle il ne se développa qu'une centaine de boutons miliaires qui ne produisirent aucune amélioration, et ne diminuèrent pas ses crises d'une seule.

Le 24, je fis faire les frictions plus soigneusement. Dès le 25, l'éruption était fort belle ; aussi n'y eut-il que quelques crises.

Le 27, il n'y en eut pas, et elles ne reparurent pas depuis. Ce qui était d'autant plus heureux qu'il n'avait jamais été un seul jour sans en éprouver et en très-grand nombre.

Je ne parlerai pas de plusieurs autres essais qui n'ont pas eu de suites. L'un d'eux cependant fut soutenu pendant deux mois. C'était chez un homme de 30 ans, aux membres athlétiques, qui avait déjà passé plusieurs années à Bicêtre, non point pour épilepsie, mais parce que tous les mois il était pris pendant quatre jours d'accès furieux, qu'il sentait venir et qui d'ailleurs le prenaient toujours à temps fixe, de manière qu'on l'enchaînait avant; sans cela il eût été impossible de le maintenir. Cette crise passée, il travaillait comme s'il n'eût jamais été malade. Pendant les frictions stibiées, il n'eut le premier mois qu'un jour de mauvais ; il en eut deux malheureusement le second. Aussi ne voulut-on plus continuer. Le fait est que les frictions avaient toujours été fort mal pratiquées.

Deux questions se présentent tout naturellement à la suite de ces observations : Comment les frictions stibiées ont-elles agi ? Sont-elles aussi recommandables dans tous les genres d'épilepsie ?

En examinant tous les moyens curatifs recommandés contre l'épilepsie, on ne peut s'empêcher de s'étonner de leur variété. Toute la matière médicale a été à peu près mise à contribution : on a même été chercher du secours ailleurs encore, dans les émotions vives, la peur, la surprise, la joie, etc., et chaque moyen a eu son succès.

Quoique tout le monde ait cherché là un spécifique, il est hors de doute que personne ne s'imagine l'avoir trouvé. Des médicaments si divers, si dissonants, ne peuvent renfermer le principe spécifique que l'on voulait trouver contre l'épilepsie. Mais comme ils ont parfois réussi, il est bien évident qu'il y a en eux quelque chose de bon, une raison curative que l'on doit pouvoir extraire d'eux, moralement du moins, comme on a extrait physiquement

l'iode de l'éponge marine, le sulfate de quinine du quinquina. Et cette raison, je crois, moi, que c'est la révulsion, la révulsion pratiquée sur un organe sain au profit de l'organe malade. Ainsi font le nitrate d'argent qui a donné plus de gastrites révulsives qu'il n'a guéri d'épileptiques, le sulfate de quinine qui, outre son mode irritant qui lui est commun avec le nitrate d'argent, a probablement guéri plusieurs épilepsies, comme il m'est arrivé un jour à moi d'en guérir une. Une jeune fille me consulte un jour ; ses accès épileptiques étaient intermittents ; je lui administre 20 pilules de sulfate de quinine. Elle guérit parfaitement; mais j'appris alors qu'elle en avait pris déjà bien des fois. Le tout était donc alors d'arriver à temps.

Eh bien ! je crois que les frictions stibiées n'agissent pas autrement, que seulement elles développent une révulsion plus énergique, mieux placée et plus appropriée au mal. Je le crois d'autant mieux que les malades qui ont le plus de chance de guérir sont ceux chez lesquels la suppuration s'établit le mieux, et j'ai remarqué également que l'absorption de l'émétique, qui se manifeste par l'éruption cutanée, ne suffit pas ; il faut une bonne suppuration pour obtenir la guérison complète. J'ai vu même une fois un malade rechuter en arrêtant trop tôt la suppuration de sa tête. Si d'ailleurs l'émétique, ainsi administré, a en lui un principe spécifique neutralisant le principe épileptique, il faut convenir que nos connaissances actuelles ne sont point encore en état de prouver cela. Je laisse donc à l'avenir le soin de prouver qu'il n'y a point là un fait de révulsion.

Mais cette révulsion doit-elle réussir dans tous les genres d'épilepsie ? J'avouerai franchement ici que je n'en sais rien ; mes observations n'ont pas encore été assez généralisées ; ce n'est pas dans une clientèle privée que l'on trouve assez de sujets d'épilepsie pour résoudre toutes les questions qui se présentent. J'ai cité toutes les observations que j'ai suivies; je ne peux conclure que d'après elles; chacun le pourra faire comme moi. Je dirai toutefois que le succès m'a paru plus complet, plus prompt dans ce genre d'épilepsie où les crises sont peu convulsives, les accès de peu de durée. Ce ne serait pas sans défiance que j'aurais à essayer ce traitement chez un sujet dont les crises se manifesteraient par de grandes convulsions, une face vultueuse et la déjection de flots d'écume, tout cela se continuant pendant plusieurs heures. Après tout, ce n'est qu'une crainte que j'exprime là ; car n'ayant expérimenté qu'une seule fois chez un semblable sujet, comme dans l'obs. VIII, je n'ai rien de plus à dire ; et pourtant j'ai peut-être encore tort de désespérer, après avoir vu le sujet

de la seconde observation. Il est difficile de trouver une épilepsie plus effrayante, plus forte, plus avancée et qui aurait désorganisé davantage le cerveau. Vienne d'ailleurs l'occasion, je pourrai alors, après des essais plus nombreux, établir un raisonnement plus large et plus certain ; je ne tiens aujourd'hui qu'à citer mes faits, me réservant plus tard d'en déduire toutes les conséquences et d'en établir tous les principes qui ne sont encore qu'ébauchés dans mon esprit.

Voici maintenant comment je pratique les frictions stibiées. S'il n'y a pas de maladies qui empêchent de commencer le traitement, je fais raser la tête, ou entièrement ou partiellement. Si, d'après les symptômes des crises épileptiques, je peux juger que c'est plutôt telle portion du cerveau que telle autre qui est affectée, c'est là que j'applique la révulsion. Voici pourquoi je crois qu'il est prudent d'agir de la sorte. En frictionnant la tête entière, on serait sûr d'atteindre l'endroit malade ; mais aussi on aurait plus de chance de produire une méningite. Ceux qui ont vu l'éruption que ces frictions produisent, quand elles sont faites sur la totalité de la tête, doivent savoir quelle horrible fluxion elle apporte là ; tandis que les frictions partielles ont moins souvent cet inconvénient, et que bien surveillées, elles n'ont aucun mauvais effet. Lors donc qu'il y a incertitude sur le lieu de l'origine du mal et que l'on se voit dans la nécessité d'arriver à une éruption générale, il est toujours bon de frictionner partiellement, de manière à atteindre toute la surface du cuir, et de chercher en plusieurs fois au fur et à mesure que l'éruption partielle est faite.

Par tous ces motifs, je me garderai bien d'employer souvent l'emplâtre stibié. Il a quelque chose de plus énergique, de plus promptement révulsif, cela est vrai, mais il est plus douloureux et plus effrayant, et je ne l'emploierai que lorsque j'aurai besoin d'agir vivement et immédiatement.

Il est inutile de recommander une surveillance active pour être à même d'enrayer aussitôt qu'il se présenterait le plus mince symptôme de méningite.

Lorsque l'éruption ne se fait pas bien, soit que l'on néglige les frictions, soit que la peau soit peu inflammable au contact du tartre stibié, la guérison est fort incertaine. On voit quelquefois alors la tête se couvrir de croûtes sèches, noires, comme calcinées, ne donnant aucune suppuration. Les frictions semblent caustiques, occasionnent beaucoup de douleurs, de la fièvre et rien de plus. Je modifie alors la composition de la pommade, soit avec un excédant d'axonge, soit en ajoutant un calmant correctif.

La suppuration, au contraire, est ordinairement suivie d'une

amélioration sensible; mais il y a quelques précautions à prendre dans les directions à lui imprimer. Si le sujet est fort, pléthorique, plein de vigueur, et si la maladie est ancienne et tenace, on doit entretenir la suppuration aussi longtemps qu'on ne voit pas qu'elle épuise le malade; mais chez les sujets faibles, lymphatiques, presque scrofuleux, chétifs, chez les enfants surtout, il est prudent de se tenir toujours au guet. Aussitôt qu'on remarque de la faiblesse et de l'épuisement, on doit l'arrêter sans retard, quitte à recommencer plus tard. Un pareil exutoire finirait par devenir aussi dangereux qu'une plaie profonde chez des sujets cacochymes.

Je n'ai rencontré encore qu'un seul cas d'hystérie, que j'ai cité, que j'aie pu soumettre aux frictions. Je me promets de poursuivre mes expérimentations de ce côté, et j'espère que j'en éprouverai aussi du bien.

Je ne puis résister, avant de terminer cette note, au désir de citer une dernière observation, qui est bien loin d'être complète, puisque le sujet est en traitement, mais qui promet beaucoup.

Obs. X. — M... est un enfant de 10 ans, petit, très-brun, d'un caractère timide et peu ouvert. Il prétend avoir eu une grande peur il y a quinze mois, et depuis ce temps effectivement, il lui prend régulièrement tous les jours quatre ou cinq crises épileptiques. Il s'affaisse tout d'un coup sur lui-même et se laisse tomber à terre, où il reste sans connaissance quelques minutes seulement. Sa face alors est violacée; ses paupières et différents muscles du visage sont convulsifs; un râle se produit dans la gorge, mais sans écume sur les lèvres. Un peu de salive seulement y arrive à la fin de la crise. Chaque crise ne dure que quatre à cinq minutes, rarement plus; mais il reste ensuite un quart d'heure à peu près comme hébété. L'enfant a subi différents traitements depuis le commencement de la maladie; il a habité deux maisons de santé, où il a été soumis à la médication révulsive par les sétons à la nuque, les vésicatoires, les bains russes, sans compter tous les médicaments qu'il a pris à l'intérieur. L'acétate de morphine en frictions sur les gencives lui a donné quatre jours de soulagement.

Les frictions stibiées, commencées le 27 mars dernier, ont donné quelques boutons le 28, et il y a eu trois accès ce jour-là, une forte fièvre, beaucoup d'agitation. Le 29, mêmes crises, même état. Le 30, agitation violente, trois crises. Le 31, commencement de suppuration, pas de crise, peu de fièvre. Le 1er avril, un peu d'agitation, une crise le matin. La suppuration s'établit parfaitement dès ce jour, et il n'y a pas eu de crises depuis. Il y a cependant un peu de fièvre aujourd'hui 8 avril; mais il faut

dire aussi que, depuis hier, il s'est manifesté sur tout le corps une éruption de boutons et de plaques rouges très-intenses. Je ne vois dans cette éruption rien qui ressemble à l'éruption stibiée. Maintenant j'attends la suite; mais l'état de l'enfant est si bon, que j'espère une guérison certaine.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. *Superfétation : deux enfants vivants, l'un de sept mois, l'autre à terme*; par M. le docteur WINDRIFF.

(Journal des Connaissances médico-chirurg., décembre 1847.)

OBS. — Augustine N..., 33 ans, grande, nerveuse, mariée depuis quelques mois à un cultivateur robuste, vint, à la fin de janvier 1846, se plaindre de malaise, d'inappétence, de vomissements fréquents et de douleurs névralgiques dans le côté gauche de la tête; les règles avaient un peu diminué aux deux dernières époques. Il n'y avait pas eu de fièvre et un léger enduit jaunâtre salissait la langue. Un purgatif fit justice de l'état saburral, mais non des vomissements ni de la névralgie; puis l'époque de février manqua tout à fait. Le 20 juin, elle dit que les symptômes de grossesse avaient continué, surtout les vomissements, qu'elle sentait remuer depuis deux mois; elle avait la face un peu amaigrie, les jambes, la vulve et le ventre fortement infiltrés; elle était courbaturée et éprouvait, contrairement à ses habitudes, une grande répugnance au mouvement. Je fis une saignée de 400 grammes, et n'hésitai pas à placer le début de la grossesse aux premiers jours de décembre, époque où avaient apparu la névralgie et une diminution du flux menstruel. Cette femme resta infiltrée et maladive. Le 14 et le 15 août, elle ressentit quelques douleurs passagères dans les reins; le 16, après midi, celles-ci prirent plus d'intensité, et lorsque, vers deux heures, j'arrivai près de la femme, elles revenaient environ toutes les vingt minutes; le col utérin était dilaté à la largeur d'un centime, et je sentis au-dessus une tumeur que je crus être la tête, ce que je ne pus préciser à cause de son élévation. Les douleurs continuèrent; vers minuit, la poche des eaux, apparaissant à la vulve, fut rompue et laissa sentir la tête en position occipito-iliaque antérieure gauche; douleurs fréquentes, quoique peu soutenues; la tête, qui était mobile dans l'excavation, n'arriva pourtant qu'à trois heures du matin. L'abdomen resta developpé à droite; je sentis l'utérus contracté, d'un volume moindre que

s'il eût renfermé un autre fœtus, et trop grand pourtant pour ne contenir qu'un arrière-faix seul. Le cordon coupé ne saignait plus : le toucher me fit reconnaître une nouvelle poche d'eaux, qu'une douleur survenue en ce moment me permit de rompre. Je trouvai un corps oblong, mou, avec quelques saillies osseuses profondes, mais son exiguité ne me permit pas de le diagnostiquer. J'introduisis la main et je m'assurai de la présence d'une colonne vertébrale au-dessus de la tumeur que j'avais sentie d'abord, et qui n'était autre que le siége. Il y avait donc présentation cocci-iliaque droite d'un enfant très-petit. Un doigt, placé en crochet dans l'aine postérieure, amena facilement ce second enfant vivant. Environ vingt minutes après, l'arrière-faix tomba sans douleurs ni tractions. Je fis remettre au lit la femme, qui était excessivement fatiguée. (Repos absolu, boissons, diète.)

L'aîné des enfants était une fille longue de 47 centimètres et pesant environ 2,500 grammes ; tout dans sa conformation annonçait un enfant à terme. L'autre était un garçon de 36 centimètres de longueur : le milieu du corps tombait à 1 centimètre de l'ombilic, et la circonférence de la tête ou diamètre occipito-frontal ne mesurait que 24 centimètres ; il pesait 1,500 grammes (les poids ne sont qu'approximatifs, une idée superstitieuse des parents ne m'ayant pas permis d'employer la balance). Le développement des cheveux et des ongles, la coloration rougeâtre de la peau lui donnaient à peine l'aspect de sept mois de vie intra-utérine.

L'arrière-faix était composé de deux pièces distinctes qui paraissaient simplement accolées, et qui formaient chacune un arrière-faix distinct et complet. Les membranes se séparèrent avec facilité ainsi que les gâteaux placentaires, qui ne tenaient l'un à l'autre que par quelques capillaires. L'un avait 25 centimètres de diamètre, l'autre 17.

Quoique ce fût un premier accouchement, la mère eut des tranchées très-fortes qui duraient encore à six heures du soir ; vers midi, elle avait eu une syncope, à la suite de laquelle elle avait expulsé quelques caillots ; lochies abondantes. (Repos, eau panée coupée avec un peu de lait.) Les deux enfants furent portés le soir à l'église du village, éloignée de 5 kilomètres ; on les nourrit à l'eau d'orge miellée et coupée d'un tiers de lait.

Le 19, la mère était bien et elle s'était rapidement remise ; l'aîné des enfants prenait le sein ; le petit a refusé obstinément et n'a pris que quelques cuillerées d'eau sucrée. Le 22, il a été affaibli et il est mort la nuit du 27 au 28. Au commencement de

septembre, la mère ressentit une légère atteinte d'un flux intestinal épidémique dont elle se remit promptement.

La superfétation, signalée par les auteurs les plus anciens, mise en doute par des praticiens recommandables, est aujourd'hui un fait admis; toutefois les observations ne sont pas encore bien nombreuses, et dans les recherches que j'ai faites à ce sujet, je n'ai rencontré que cinq observations authentiques et détaillées qui se rapprochent de celle que j'ai l'honneur de vous adresser : dans ce nombre, deux appartiennent à la médecine vétérinaire, et l'anomalie n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Ils sont assez connus pour que je me contente de les indiquer. Le premier est celui du docteur Watherhouse; il y est question d'une génisse morte dans le marasme, après avoir présenté deux fois, à un an d'intervalle, des signes de parturition sans résultat. On trouva un veau ayant les cornes, les ongles et les poils beaucoup plus développés qu'à l'époque de la naissance et un autre de grandeur et de force naturelles. Le second, cité par M. Hurtrel d'Arboval, concerne une brebis qui, ayant présenté deux fois, à un an d'intervalle, les mêmes symptômes sans résultat, portait un agneau dans chaque corne. Des autres cas, l'un se trouve dans les éphémérides de Montpellier, année 1828 : l'utérus bilobé expulsa d'abord un fœtus de cinq mois, puis un autre de trois, et finalement deux placentas distincts; le second, extrait du *Rust's magazin*, et publié dans le *Journal des progrès*, t. VII, année 1828, présente un enfant à terme et vivant, et un autre de quatre mois, venu avec ses enveloppes treize heures après le premier.

Dans l'observation présente, la naissance des deux enfants vivants est, je crois, un fait unique dans les annales de la science.

MALADIES DES FEMMES. — 10. *Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus;* par M. le docteur FILHOS.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1847, p. 136; t. XI, novembre, p. 133; t. XII, décembre, p. 98.)

(Revue médicale française et étrangère; septembre 1847.)

Engorgement simple du col de l'utérus ; traitement émollient et dépuratif. — Madame S..., âgée de 43 ans, est sujette à des corizas et des bronchites fréquents; le système lymphatique est très-développé chez elle. Réglée à seize ans, elle a été mariée à dix-sept. Cette dame a eu sept grossesses, dont trois se sont terminées par de fausses couches. Depuis la dernière, qui date de cinq ans à peu près, elle éprouve dans le bas-ventre des malaises, des pe-

santeurs, de la chaleur et parfois même de la douleur ; la matrice est, dit-elle, de temps en temps le siége de petits frémissements.

Il y a près d'un mois, à la suite d'une grande fatigue, tous les symptômes se sont aggravés ; les flueurs blanches, qui existaient déjà, sont devenues plus abondantes ; enfin les règles dernières ont duré six jours de plus que d'habitude et ont été suivies d'une perte de sang assez considérable.

Le col de l'utérus, observé au spéculum, présente une rougeur violacée très-foncée ; il est très-volumineux, et la membrane muqueuse est le siége d'un grand nombre de petits points rouges. La pression ne détermine sur cet organe aucune douleur ; il est dur au toucher. L'engorgement occupe beaucoup plus la lèvre postérieure que l'antérieure. L'extrémité supérieure du vagin est légèrement enflammée. La malade n'a pas de fièvre ; elle jouit d'ailleurs d'une assez bonne santé.

Le 28 avril 1842, je prescrivis des boissons adoucissantes et un régime doux et peu substantiel ; de plus, trois grands bains par semaine, deux bains de siége par jour, des injections émollientes et des cataplasmes de farine de riz dans le vagin.

Le 14 du mois de mai, la malade allait beaucoup mieux. — Les cataplasmes internes furent suspendus, et les injections rendues graduellement de plus en plus astringentes.

Le 1er juin, le mieux se soutenait, mais le dégorgement du col était lent. — Un cautère fut appliqué à la cuisse et l'on continua les injections astringentes ; il fut de plus prescrit une tisane amère, quelques purgatifs de temps en temps, des frictions sur le bas-ventre avec la pommade à l'iodure de potassium, et une nourriture substantielle.

A la fin de juillet, madame S.., était entièrement guérie ; elle n'éprouvait plus de douleur, l'écoulement avait entièrement disparu, et le col de l'utérus était souple, de couleur naturelle et revenu à l'état normal.

— Cette observation est simple et ne présente partant rien de bien particulier. Elle mérite cependant d'être rapportée. La constitution de la malade, la fréquence des corizas et des bronchites, et surtout les petits points rouges, observés sur le museau de tanche, pouvaient faire craindre que l'inflammation utérine ne tînt à quelque affection herpétique, à quelque principe humorique général, et que cette circonstance ne pût rendre la guérison un peu longue et même difficile à obtenir. Il n'en a pas été ainsi, quoique cette inflammation fût déjà ancienne et même accompagnée d'un engorgement assez considérable. Le traitement local émollient et astringent, joint à un régime basé d'après les indi-

cations générales et aidé de l'application d'un cautère et de l'usage des frictions iodurées, en est facilement venu à bout.

Engorgement du col de l'utérus, avec granulations et excoriations de la membrane muqueuse; traitement antiphlogistique. — Madame M..., couturière, âgée de 30 ans, d'une belle constitution, avait été réglée à 14 ans; depuis cette époque, ses règles étaient toujours revenues d'une manière régulière, mais constamment accompagnées de vives coliques. A 25 ans, elle devint enceinte. Sa grossesse fut heureuse, mais l'accouchement fut un peu long et les couches mal soignées; elle était à peine convalescente qu'elle fit un voyage de deux lieues qui la fatigua beaucoup et donna lieu à une perte peu abondante, mais dont la durée fut de près de trois mois. Les règles reparurent ensuite comme de coutume. Depuis cette époque, madame M... n'a pas cessé de souffrir de la matrice, sa santé s'est altérée sensiblement et elle est restée incommodée d'un écoulement assez abondant, tantôt blanc, tantôt jaune, mais jamais coloré en rouge. Le début de la maladie s'annonça par de simples malaises et des lassitudes; plus tard il survint des douleurs abdominales que le moindre travail augmentait, des tiraillements dans les aines, des chaleurs dans le rectum et dans les reins, des pesanteurs sur le siége, et aussi quelquefois des douleurs dans les seins. Pendant la marche et même dans la station verticale, les douleurs utérines augmentaient beaucoup et se propageaient dans le flanc droit et dans la hanche du même côté. Enfin, depuis quelque temps, la matrice est devenue le siége d'élancements très-douloureux.

Tous ces symptômes maladifs existent encore aujourd'hui. La santé de madame M... s'altère de plus en plus; sa face amaigrie est un peu jaune; elle a de la fièvre et de la chaleur à la peau. Cependant les nuits sont bonnes; l'appétit est naturel et les digestions faciles. Les règles reviennent toujours d'une manière régulière. La malade a eu pendant longtemps de violents chagrins; elle n'a jamais été atteinte de maladie syphilitique. — La matrice occupe sa position naturelle, elle est unie et un peu volumineuse. Le col est très-gros, dur et sans douleur; la lèvre postérieure du museau de tanche a un pouce d'épaisseur, l'antérieure en a un peu moins. Toute sa surface est d'un rouge vif, superficiellement excoriée et recouverte de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le 18 novembre 1841, je prescrivis de la tisane d'orge, 12 sangsues sur le col, deux bains par semaine, des irrigations d'eau de guimauve presque froide, des lavements émollients, une nourriture douce et peu abondante, et le repos.

Le 15 décembre, les sangsues avaient bien coulé; les règles étaient venues six jours après la saignée locale et avec moins d'abondance que d'habitude. La malade se sentait moins gonflée, moins irritée. — Nouvelle application de 15 sangsues.

Le 8 janvier 1842, le col de l'utérus est beaucoup moins engorgé et beaucoup moins rouge; les granulations se sont bien affaissées et les plus extérieures ont disparu; l'écoulement est bien moindre; tous les symptômes maladifs dont se plaignait la malade n'existent plus. — Continuation du même traitement, plus 25 sangsues sur la région hypogastrique.

Le 25 janvier, les excoriations sont guéries; les granulations sont à peine sensibles et la phlegmasie se circonscrit de plus en plus. — Injections avec une solution de sulfate d'alumine.

Le 10 février, le col de l'utérus a son aspect normal; cependant le pourtour du museau de tanche est encore un peu rouge. — Continuer les injections astringentes.

Dans les premiers jours de mars, madame M.., n'éprouvant plus de douleur, quitta Paris où elle était venue exprès pour se faire soigner. Au mois de juin, elle revint me voir; sa santé était parfaite et le col de l'utérus à l'état normal.

Engorgement inflammatoire avec granulations du col de l'utérus; traitement antiphlogistique. — Madame R..., cuisinière, âgée de 39 ans, est d'une constitution brune et sanguine. Elle a toujours eu une bonne santé et n'a jamais éprouvé d'état maladif du côté de la matrice, pas même de flueurs blanches. Elle a eu deux enfants : le dernier est âgé de cinq ans. Quoique son dernier accouchement ait nécessité l'application du forceps, les suites des couches ont été heureuses.

Depuis deux ans et demi, cette malade rend par le vagin des glaires et des flueurs blanches qui ne l'ont d'abord que médiocrement inquiétée, et contre lesquelles elle n'a fait, tant bien que mal, que quelques injections émollientes. Cependant les approches de son mari ont commencé à devenir douloureuses, et plus tard elles ont produit dans la matrice un battement semblable, dit-elle, à celui que ferait éprouver un mal d'aventure.

Vers la fin du mois de septembre 1846, il lui survint dans l'aine gauche des douleurs qui s'accompagnaient parfois de l'engourdissement de tout le membre du même côté. Enfin, depuis deux mois, des malaises se sont déclarés dans le bas-ventre, ainsi que des pesanteurs sur le siége et des douleurs permanentes dans la matrice et dans les reins.

Le pouls est plein, mais sans fièvre; l'appétit est bon et les

digestions faciles, quoique la langue soit rouge et pointillée ; les selles sont un peu difficiles.

Le toucher ne permet de reconnaître qu'un léger engorgement du col de l'utérus.

L'emploi du spéculum nous fait apercevoir sur le museau de tanche une rougeur légèrement foncée, avec enlèvement de l'épithélium et développement de granulations du volume d'une grosse tête d'épingle. Cet état maladif se prolonge dans la cavité du col.

Au-dessus du museau de tanche, le col de l'utérus et toute l'étendue du vagin sont sains.

Il fut reconnu que Madame R.... se trouvait atteinte de granulations du col de l'utérus passées à l'état chronique.

Le 24 février 1847, M. Amussat et moi donnâmes des soins à cette malade. Il lui fut prescrit de la tisane d'orge, 25 sangsues sur la région hypogastrique, un bain tous les trois jours, trois irrigations d'eau de guimauve par jour, la suspension de ses occupations, des lavements émollients ; pour nourriture, des aliments légers, de facile digestion, pris en quantité modérée.

Le 8 mars, le col de l'utérus présente une légère amélioration. L'approche des règles nous empêche de renouveler l'application des sangsues.

Le 10, les douleurs qu'éprouvait la malade sont moins vives ; l'écoulement est moins abondant, et la rougeur du col de l'utérus moins foncée, plus pâle ; — 25 sangsues sont de nouveau conseillées à la même place que les premières.

Le 29, l'amélioration continue ; les granulations s'affaissent ; l'épithélium reparaît, se reforme sur le museau de tanche ; la rougeur se dissipe. — La malade continue exactement la même prescription, excepté les sangsues.

Le 5 avril, le mieux se soutient ; cependant, comme il existe encore de la rougeur au col, on ordonne 25 sangsues qui coulent beaucoup.

Le 15, il ne reste plus qu'une très-faible rougeur sur le col, que l'on combat successivement par des irrigations avec de l'eau blanche, de l'eau alumineuse et une infusion de feuilles de noyer.

Le 3 mai, la malade était guérie ; je l'ai revue le 5 juin, la guérison se soutenait toujours.

—J'ai placé, dans le travail que j'ai publié sur la cautérisation du col de l'utérus, une observation remarquable de granulations que je m'étais efforcé de vaincre par l'emploi soutenu des antiphlogistiques et des astringents. Comme on l'a vu, je fus obligé de

céder, et d'avoir recours à l'emploi des caustiques qui guérirent d'autant plus promptement la malade, que l'inflammation avait été combattue avec plus de soin. Cette observation venait donc à l'appui de l'opinion, que les granulations du col de l'utérus ne guérissent que par la cautérisation.

Les deux observations, que je rapporte aujourd'hui et que je pourrais faire suivre d'un grand nombre d'autres, viennent modifier bien profondément une telle manière de voir, puisqu'elles nous portent à n'avoir recours aux caustiques qu'après l'emploi et l'insuccès de la médication antiphlogistique et astringente.

Nous trouvons, dans ces deux observations, que le col de l'utérus était le siége de granulations anciennes, d'excoriations et d'un léger engorgement. Notre premier mouvement, d'après les idées reçues, eût pu nous porter à combattre de prime-abord un pareil état maladif par la cautérisation, sans aller perdre du temps à prescrire une autre médication ; mais nous voulûmes rester fidèle à nos principes, et n'avoir recours à un pareil moyen qu'après y avoir été amené par la voie de la déduction thérapeutique. Les résultats sont venus justifier notre conduite et nous montrer combien il eût été fâcheux de pratiquer la cautérisation, pour des accidents inflammatoires qui ont cédé à l'emploi pur et simple d'un traitement médical.

Engorgement avec ulcération du col de l'utérus; traitement antiphlogistique. — Madame C..., blonde, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Réglée de très-bonne heure, elle n'a jamais cessé de l'être d'une manière régulière. Mariée à 25 ans, elle devint de suite enceinte. Sa grossesse fut heureuse et l'accouchement facile. Le dixième jour de ses couches, se croyant assez bien rétablie, elle fut à Versailles où elle se fatigua beaucoup. A son retour, elle éprouva de la pesanteur et du malaise dans la région de la matrice.

Deux ans plus tard, à ces malaises qui n'avaient pas cessé de se faire sentir, vinrent se joindre de temps en temps quelques douleurs utérines qui alternaient avec de violentes coliques d'estomac. Le ventre acquérait quelquefois, sans cause connue, un volume considérable. Enfin, depuis deux mois, les douleurs de la matrice sont devenues plus vives et presque continues. Elles s'accompagnent de pesanteur dans le bas-ventre, de chaleur et de douleurs au bas des reins, de douleurs dans le côté droit du ventre et à la cuisse du même côté. Des flueurs blanches sont survenues depuis quelque temps ; et la plus petite course est si pénible, qu'elle va quelquefois jusqu'à déterminer une syncope.

Madame C..., après s'y être longtemps refusée, consent enfin à se laisser visiter. Le col de la matrice est très-engorgé, violacé, dur au toucher; la lèvre postérieure est ulcérée, et l'ulcération est un peu irrégulière et d'un fond grisâtre. Je prescris 15 sangsues sur le col de l'utérus, des injections d'eau de guimauve froide, des bains, enfin le repos au lit ou sur un canapé et un régime convenable.

Huit jours plus tard, l'amélioration était sensible ; l'ulcération avait un meilleur aspect, elle était moins grisâtre; des bourgeons charnus paraissaient vouloir se développer à sa surface. Une nouvelle application de 15 sangsues eut lieu, et madame C... continua l'emploi des divers moyens déjà prescrits.

La dernière saignée locale, un peu plus abondante que la première, produisit les meilleurs résultats. Le mieux qui s'était manifesté continua à se soutenir. L'ulcération, examinée de temps en temps, se rétrécit peu à peu et marcha, d'une manière régulière et sans accidents, vers la cicatrisation qui fut complète au bout de deux mois.

— Les ulcérations utérines sont, pour quelques médecins, le signe d'une grave altération; aussi, dès que le spéculum en a fait constater l'existence, ils se hâtent de proposer la cautérisation pour en arrêter le progrès. L'observation qui précède vient nous démontrer que de pareils conseils sont essentiellement erronés. Ce n'est pas que dans ce cas-ci, comme dans beaucoup d'autres analogues, la cautérisation eût pu compromettre la vie de la malade ; mais il est certainement bien évident que le moindre de ses inconvénients eût été de retarder la guérison. Qu'il reste donc établi qu'on ne doit jamais recourir à l'usage des caustiques, qu'après que la médication, qui doit en précéder l'emploi, a échoué.

Engorgement avec ulcération du col de l'utérus. — Mauvais effet des cautérisations.—Traitement antiphlogistique.—Madame R.... est âgée de 28 ans ; sa constitution est lymphatico-sanguine ; ses règles se sont toujours montrées d'une manière régulière. Depuis trois ans elle éprouve des douleurs dans le ventre et dans la matrice. Soignée d'abord à Amiens, il lui fut prescrit un pessaire qu'elle porta près de trois mois ; une assez grande perte de sang et l'aggravation de ses souffrances l'obligèrent à en suspendre l'usage. Le col de l'utérus était très-gros. La malade avait pris des bains simples et, plus tard, des ferrugineux; elle fut aussi cautérisée quatre à cinq fois.

N'éprouvant aucune amélioration dans sa santé, la malade se décida à venir se faire traiter à Paris. Dès son arrivée dans

cette ville, elle entra à l'hôpital de la Charité. Elle y fut cautérisée plusieurs fois.

Sortie de cet hôpital sans être guérie, elle prit, d'après l'ordonnance d'un médecin, un grand nombre de purgations qui n'eurent d'autre effet, dit-elle, que de développer des douleurs assez vives dans le ventre et dans la poitrine.

Plus tard, à l'hôpital Beaujon, on lui prescrivit des cataplasmes dans le vagin avec la fécule de pommes de terre, et ensuite un emplâtre stibié sur le bas-ventre ; le tout sans succès.

Retournée chez elle, elle fut successivement soignée par plusieurs médecins distingués. Le premier répéta l'emploi de cautérisations et lui fit prendre des bains gélatineux, et ensuite des bains et des injections avec une décoction d'écorce de chêne. Cette médication augmenta ses souffrances.

Le second médecin crut devoir continuer les cautérisations ; il fit de plus introduire de la poudre d'amidon dans le vagin, et il prescrivit de temps en temps quelques légers purgatifs. Ce traitement, continué près d'un an, ne produisit aucune amélioration.

Un troisième médecin ordonna des injections d'eau de guimauve et lui fit insuffler pendant six semaines de la poudre d'alun sur le col de l'utérus.

Un quatrième médecin répéta sans succès la cautérisation, et enfin un cinquième lui fit appliquer d'abord des ventouses sèches sur le bas-ventre et dans le bas des reins, puis un vésicatoire dans l'aine droite où elle éprouvait une forte douleur ; et il lui prescrivit encore un très-grand nombre de bains.

Aujourd'hui la malade éprouve des pesanteurs sur le siége ; des tiraillements, des douleurs et de la chaleur dans les reins ; de la douleur dans l'aine droite, et de la douleur avec quelques élancements dans le bas-ventre, du côté droit. L'écoulement vaginal est peu abondant. Les seins sont quelquefois douloureux ; l'estomac est le siége de tiraillements pénibles, il n'est pas enflammé ; l'appétit est capricieux ; les digestions le plus souvent difficiles. Les selles sont naturelles ; le besoin d'uriner est assez fréquent. Le col de l'utérus est dur, engorgé, très gros, un peu noueux et peu sensible au toucher. Le museau de tanche présente une large ulcération arrondie. La matrice est un peu basse ; elle paraît un peu plus volumineuse que dans l'état normal.

Tel fut le résultat de l'examen que M. Amussat fit de la malade, le 29 octobre 1841, et que je constatai avec lui.

Nous prescrivîmes dix sangsues sur le col de l'utérus ; cataplasmes dans le vagin avec la fécule de riz ; injections ou plutôt

irrigations d'eau de guimauve trois fois par jour ; grands bains ; repos ; nourriture douce, peu substantielle.

Le 2 novembre : léger mieux, moins de douleur, moins de pesanteurs sur le siége ; persistance des douleurs épigastriques. Dix sangsues sur le col de l'utérus ; même traitement.

Le 25, nouvelle application de douze sangsues ; elles prennent toutes et coulent assez bien. Quatre autres applications de sangsues sont faites plus tard à des intervalles différents. Des pilules de ciguë sont prescrites et remplacées, après un certain temps, par l'usage de l'hydriodate de potasse pris à l'intérieur. Diverses boissons émollientes et amères sont aussi ordonnées.

Le 20 janvier 1842, l'ulcération du col de l'utérus était guérie ; quant à l'engorgement, il n'a disparu entièrement que dans le courant du mois de juin. Au mois de juillet 1845, j'ai revu la malade qui jouissait de la santé la plus parfaite.

— La malade, dont l'observation précède, était atteinte d'un engorgement chronique avec ulcération du col de l'utérus. Soignée pendant trois années consécutives, elle n'a retiré, en définitive, aucun bien des divers traitements mis en usage. A quelle cause attribuer un si fâcheux résultat ? Etait-ce à la présence d'un principe morbide constitutionnel, ou bien à ce que l'inflammation locale n'avait pas été convenablement combattue ?

Il résulte des ordonnances, que m'a remises la malade, qu'on lui a d'abord appliqué un pessaire et prescrit des bains ferrugineux. Venue à Paris, et présentant à cette époque une ulcération sur le col de l'utérus, elle fut de suite et sans retard cautérisée. Plus tard, elle prit un grand nombre de purgations, comme moyen dépuratif et dérivatif ; enfin, plus tard encore, on eut recours successivement à de nouvelles cautérisations, à des ingestions astringentes, à de nouveaux purgatifs, à des insufflations de poudre d'alun, à l'emploi de ventouses, d'un emplâtre stibié, d'un vésicatoire. Toutefois, un traitement aussi actif, aussi inflammatoire, était tempéré par quelques bains et des injections vaginales émollientes.

Ainsi, des purgatifs répétés et des cautérisations nombreuses, telle a été, en résumé, la base de la médication mise en usage.

Devions-nous rester dans la même voie ? Aucune raison ne nous y engageait. Loin de là ; car nous trouvions que le col de l'utérus était le siége d'une inflammation qui, à notre avis, n'avait pas été combattue. Nous résolûmes donc, M. Amussat et moi, d'attaquer l'élément inflammatoire par l'emploi des antiphlogistiques et de le poursuivre ainsi avec la plus grande persévérance.

Comme on l'a vu, plusieurs applications de sangsues furent

faites sur le col de l'utérus ; des bains, des irrigations émollientes, de légères promenades et un régime convenable furent prescrits. Enfin, plus tard, nous eûmes recours à l'emploi de la ciguë et de l'iodure de potassium.

Tel a été le traitement qui a détruit une affection, depuis si longtemps rebelle, et a amené une parfaite guérison. Que penser maintenant de tous les moyens actifs qui ont été mis en usage ?... N'est-il pas évident que la médication qui nous a si bien réussi eût dû être employée, dès le début de la maladie, comme la seule rationnelle et méthodique ?

Engorgement du col de l'utérus, avec altération d'apparence fongueuse, hémorrhagie abondante ; traitement médical. — Madame P..., âgée de 41 ans, mère de quatre enfants, est d'une constitution lymphatique et d'une santé délicate : chargée seule du soin de son ménage, elle est sans cesse obligée de travailler au-delà de ses forces.

Le 10 décembre 1841, elle fut prise, hors de l'époque de ses règles, qui du reste avaient toujours été régulières, d'une hémorrhagie utérine qu'avaient précédée des pesanteurs sur le siége, des malaises abdominaux et des flueurs blanches assez abondantes. Cette hémorrhagie durait depuis huit jours lorsque je fus appelé. La malade n'avait pas suspendu ses occupations ; seulement depuis quelques heures, l'abondance du sang qu'elle rendait l'avait forcée de garder le lit. Je la touchai et je trouvai le col de l'utérus très-volumineux, entr'ouvert et d'une mollesse fongueuse, il paraissait céder ou s'écraser sous le doigt. Le corps de cet organe, apprécié par le vagin et par le rectum, me parut peu développé et à l'état normal. Le pouls était un peu accéléré sans présenter de développement. La figure était pâle. — Je prescrivis de la limonade froide, l'absence de toute nourriture et le repos au lit.

Le 12, on me dit que l'hémorrhagie, qui avait diminué dans la journée, avait un peu augmenté dans la soirée. La nuit avait été agitée ; et ce matin la malade avait eu un peu de sommeil. Le sang coulait encore, mais avec beaucoup moins d'abondance. Le pouls est à 86 pulsations et sans force. — Je fais continuer la limonade et je prescris de plus en boisson de la glace pilée édulcorée avec le sirop de coing.

Le 14 et le 15, la perte s'éteint peu à peu. — Bouillon froid, injections vaginales tièdes.

Le 16 et le 19, le mieux continue. — Je donne des potages et j'augmente insensiblement les jours suivants la nourriture.

Le 20, il ne sortait plus par le vagin qu'un écoulement rous-

sâtre. J'examinai la malade au spéculum : le col de la matrice était d'un rouge foncé, volumineux, d'un aspect fongueux, sans ulcération apparente ; touché avec le doigt, il offrait toujours une très-grande mollesse. — Je fis faire des irrigations d'eau de riz à peine tiède, renouvelées trois fois par jour.

Le 26, la malade avait repris ses occupations, il n'existait plus qu'un écoulement blanchâtre. — Je fais ajouter aux irrigations de l'extrait de Saturne, d'abord en petite et plus tard en grande quantité.

Le 6 janvier, la malade, se croyant guérie, cessa de me voir.

En mars 1844, elle fut reprise d'une nouvelle hémorrhagie utérine qui présenta absolument les mêmes caractères que la première. L'emploi des mêmes moyens produisit les mêmes avantages ; mais, comme la perte de sang avait été cette fois bien plus abondante, la faiblesse se prolongea plus longtemps et partant la malade mit beaucoup plus de suite à son traitement. Le col de l'utérus diminua de plus en plus de volume, et il reprit peu à peu et sa couleur et sa densité normales. Lorsque je cessai de voir la malade, elle était parfaitement guérie.

Dans le mois de mai 1847, j'ai revu madame P... qui se portait très-bien et n'avait, depuis les soins que je lui avais donnés, éprouvé aucun dérangement ni dans sa santé, ni du côté de la matrice.

Ramollissement fongueux et saignant du col de la matrice, hémorrhagie utérine grave ; traitement médical. — Madame G.... est âgée de 41 ans. Elle a toujours été d'une bonne constitution, et sa santé, quoique contrariée par beaucoup de chagrins, s'est néanmoins assez bien soutenue. Réglée à 16 ans, elle a été mariée à 19. Les règles se sont toujours montrées avec abondance, et tous les vingt à vingt-cinq jours. Elle a eu deux enfants qui se portent très-bien. Ses grossesses et ses couches ont été heureuses.

En 1830, elle fut atteinte, dans le mois de juin, d'une hémorrhagie utérine qui dura un mois entier. Elle fut soignée à Clermont par M. le docteur Fleury.

Le 28 février 1842, elle me fit appeler en toute hâte. Depuis quelque temps, elle éprouvait des pesanteurs sur le siége, des malaises dans tout le bas-ventre et des flueurs blanches assez abondantes. Mais la surveillance d'un restaurant, où elle ne faisait pas ses affaires et l'obligation où elle était de se tenir constamment au comptoir, ne lui avaient pas permis de se soigner. Quoique depuis cinq jours elle perdît du sang avec abondance et qu'elle se trouvât bien épuisée, elle avait cependant continué ses

occupations. Mais dans la matinée du 28 février, l'hémorrhagie s'étant montrée avec une plus grande force, elle fut obligée de se coucher.

J'ai trouvé la malade excessivement pâle, sans forces, sans parole, en quelque sorte anéantie, ayant le pouls imperceptible. Elle avait toute sa connaissance; elle se sentait mourir. La vue était trouble, elle avait des tintements d'oreille et des palpitations du cœur. Elle n'avait pas eu de syncope. L'hémorrhagie continuait. Je crus devoir pratiquer de suite le toucher, pour m'assurer de la nature de l'affection utérine que j'avais à combattre et pouvoir remplir avec connaissance de cause les indications thérapeutiques. Je reconnus que le col de l'utérus était volumineux, mollasse, fongueux; le doigt pénétrait facilement dans sa cavité; sa lèvre postérieure me parut ulcérée et en partie détruite; il n'était le siége d'aucune tumeur. Le corps de cet organe était un peu engorgé, sa surface était régulière. Les annexes utérines paraissaient à l'état normal.

L'hémorrhagie utérine me parut bien évidemment, chez cette malade, l'effet de l'affection du col de l'utérus que je venais de constater.

Que devais-je faire? J'avais à choisir entre l'emploi des réfrigérants et des astringents, le tamponnement et la cautérisation.

La grande perte de sang qui avait eu lieu et la continuation de l'hémorrhagie rendaient ici l'indication très-pressante. Je crus devoir pratiquer de suite le tamponnement. La métrorrhagie fut ainsi arrêtée. Je prescrivis ensuite des boissons acidulées, et le calme le plus absolu autour de la malade.

Le 1er mars, la nuit avait été agitée. Le pouls était très-faible, petit et fébrile. La pâleur était extrême, les forces nulles. Le ventre était légèrement balonné, mais sans douleur. La malade avait uriné; elle n'avait pas perdu de sang. — Je fis continuer les boissons acidulées; je prescrivis, trois fois par jour, une cuillerée d'eau anti-hémorrhagique de Tisserand dans un demi-verre d'eau sucrée, et de plus quelques cuillerées de bouillon froid.

Le 2, l'état de la malade était à peu près le même que la veille. J'enlevai les tampons de charpie placés dans le vagin, je fis une irrigation dans ce conduit, et j'appliquai de nouveau le tamponnement, mais d'une manière plus légère.

Le 3, le ventre était toujours balonné, mais sans douleur. La malade était tourmentée par des borborygmes et des renvois de gaz par la bouche; elle avait quelques envies de vomir. J'enlevai

de nouveau et je suspendis le tamponnement. Je prescrivis des irrigations vaginales avec de l'eau de Tisserand.

Le 8, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite. Il s'écoulait par la vulve un liquide brunâtre assez abondant. Le ventre était détendu, mais un peu douloureux. Le pouls était toujours petit et très-faible. La malade n'avait nulle force ; le moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit rendait la syncope imminente ; elle avait toujours des envies de vomir, mais sans vomissements. La langue était très-pâle et dépouillée, par places, de son épithélium. L'inappétence était des plus prononcées, il y avait même de la répugnance pour les aliments. — J'ordonnai des boissons gommées et mucilagineuses ; et, comme il était urgent de relever les forces, je prescrivis du bouillon bien dégraissé, de la gelée de viande, du lait. Les injections d'eau anti-hémorrhagique furent remplacées par des irrigations presque froides avec de l'eau de guimauve.

Le 9, je visitai la malade au spéculum. Le col de l'utérus était fongueux, noirâtre, le museau de tanche et surtout la lèvre postérieure présentaient une large ulcération saignante.

Le 22, l'écoulement était jaunâtre, toujours abondant ; les forces ne se relevaient pas, l'inappétence était la même, les nausées continuaient et la faiblesse était toujours presque syncopale; les renvois gastriques avaient un goût et une odeur très-désagréables. Je prescrivis un peu de panade légère, du jus de viande, des potages gras légers, et j'ajoutai un peu d'eau rougie et un peu d'eau de Seltz. Les injections avec l'eau anti-hémorrhagique furent reprises.

Le 2 avril, le col de l'utérus avait beaucoup diminué de volume. La surface de l'ulcération avait une couleur vermeille, mais elle était encore un peu saignante. L'écoulement était moins abondant. Quant à l'état de l'estomac et de l'appétit, il n'y avait pas de changement. Les renvois avaient le même caractère ; l'épigastre continuait à être douloureux ; on sentait un peu à droite de cette région un peu de rénitence, mais il était impossible d'assurer que ce point fût le siége d'une lésion organique. — Je fis prendre quelques pilules opiacées et avec de la belladone qui furent sans résultat. Je conseillai aussi des boissons alcalines et ferrugineuses qui produisirent quelque bon effet. Les injections astringentes furent continuées.

Le 10, madame G... mangea, je ne sais par quelle inspiration, des œufs durs. Il en résulta des vomissements très-pénibles ; mais cet accident n'eut pas de suites.

Le 29, l'ulcération utérine continuait à présenter un très-

bon aspect; elle avait diminué des quatre cinquièmes; mais l'état général, hors une légère amélioration, était à peu près le même. Comme la malade commençait à s'inquiéter, je lui proposai de demander les conseils de M. le professeur Bouillaud.

Le 5 mai, la consultation eut lieu. M. Bouillaud ne reconnut pas de lésion organique dans l'estomac. Il était probable que cet organe devait être le siége d'une ancienne gastrique chronique, mais le trouble dont il était actuellement le siége, ainsi que la faiblesse générale, dépendaient évidemment de la grande perte de sang qu'avait éprouvée la malade. Il proposa, en conséquence, une nourriture de plus en plus succulente et il conseilla à la malade de ne pas craindre de prendre quelques aliments. Il ajouta à ce régime l'usage des pilules de lactate de fer.

Pendant le cours du mois de mai, madame G. commença à se lever. Le 29, le col de l'utérus, examiné de nouveau, ne présentait plus qu'une rougeur foncée dans le point où la cicatrice avait eu lieu. Je fis reprendre les irrigations avec de l'eau de guimauve presque froide.

Le 12 juin, elle partit pour Neuilly où elle avait pris, d'après mon conseil, un petit logement pour passer la belle saison.

Le 2 juillet, l'appétit ainsi que les forces revenaient quoique avec lenteur. Les digestions s'opéraient mieux. La grande pâleur de la figure semblait se dissiper; le col de l'utérus était guéri; mais comme il existait encore des flueurs blanches assez abondantes, je prescrivis des injections astringentes.

Le 17 novembre, je revis la malade. Le col de l'utérus me parut à l'état normal; les forces se rétablissaient de plus en plus.

Depuis cette dernière visite, j'avais perdu la malade de vue. Je me plaisais à croire que nul accident nouveau n'était venu troubler sa santé. Le 14 mai 1847, j'en ai eu la certitude. J'ai revu ce jour-là, madame G., qui jouissait de la santé la plus parfaite, grasse, fraîche, ayant un bon appétit, de faciles digestions et n'éprouvant, du côté de l'utérus, malgré la cessation complète des règles depuis cinq mois, aucun trouble anormal, pas même des flueurs blanches.

— Les deux observations qui précèdent présentent un grand intérêt, sous le point de vue pratique.

Chez les deux malades, le col de l'utérus était gravement lésé, à l'exclusion du corps de cet organe, et l'affection consistait dans une altération qui paraissait bien profonde, puisque les tissus étaient largement ulcérés dans un cas, et dans les deux, fortement engorgés, ramollis, fongueux, saignants, et avaient déjà donné lieu à des hémorrhagies abondantes.

Quelle opinion pouvais-je avoir sur un pareil désordre? Ma première pensée fut grave et je craignis d'avoir affaire à une dégénérescence cancéreuse; toujours est-il que, quelle que fût la nature de cette affection, je ne crus pas qu'il me fût possible de la vaincre sans avoir recours à la cautérisation. Je pensai que tout ce tissu mou, fongueux, en quelque sorte désorganisé, n'était plus susceptible de résolution et qu'il devait disparaître lentement par une destruction ulcéreuse, si l'on n'en provoquait l'élimination par un moyen chirurgical.

Toutefois, je ne voulus pas recourir de suite à l'emploi des caustiques. Le tamponnement me parut, chez la seconde malade, devoir suffire pour arrêter l'hémorrhagie et remplir la première et la plus pressante indication. Je me réservai d'agir plus tard suivant que le comporteraient la nature de la partie altérée et la résistance qu'elle opposerait au traitement que je mettrais en usage.

Après, donc, m'être rendu maître du sang par le repos le plus absolu, l'emploi des boissons acidulées, des réfrigérants et du tamponnement, je prescrivis, suivant les indications, contre la lésion utérine que je pouvais considérer comme la conséquence d'une inflammation chronique, des injections et des irrigations détersives, émollientes et astringentes que je fis prendre d'une manière régulière et suivie. Une modification avantageuse et bientôt une amélioration sensible ne tardèrent pas à suivre l'usage de cette médication. De temps en temps, je constatai la marche du progrès, et comme elle ne montra pas d'arrêt, je ne crus pas devoir changer de traitement. C'est ainsi que par l'emploi des moyens médicinaux, du régime et d'une hygiène convenable et exactement suivie, j'ai vu le col de l'utérus diminuer graduellement de volume, prendre insensiblement un meilleur aspect, plus de consistance et une couleur de plus en plus naturelle, l'ulcération se revêtir de bourgeons charnus et se cicatriser, enfin les malades guérir radicalement.

Quant à l'état général, nous avons vu, chez madame G..., avec quelle lenteur et quelle difficulté il s'est rétabli. C'est qu'il y avait eu ici perte presque totale du sang. Le pouls, au lieu de se relever le lendemain et le surlendemain comme cela a lieu dans les hémorrhagies peu abondantes suivies de syncope, a conservé, au contraire, pendant longtemps, son excessive faiblesse; la figure est restée aussi très-pâle, en un mot, l'épuisement s'est prolongé à ce point de faire craindre l'impossibilité du retour des forces.

Des succès, analogues à ceux qui précèdent et bien d'autres,

me confirment de plus en plus dans la nécessité de se mettre en garde contre les idées préventives, et de suivre dans le traitement des affections du col de l'utérus, quelque graves qu'elles paraissent d'ailleurs, une marche régulière et méthodique. Jamais peut-être l'indication de faire tomber le col de la matrice n'a paru plus précise qu'ici. Je crus cependant devoir y résister, avec la pensée toutefois que je ne faisais qu'ajourner l'opération après l'emploi des moyens propres à combattre l'état inflammatoire ; j'ai été assez heureux pour l'éviter. Je dois ajouter que je n'eusse nullement hésité à avoir recours à la cautérisation, si l'altération des tissus n'eût pas cédé à la médication mise en usage.

Dans un nouvel article sur la cautérisation, je publierai des faits où l'emploi du caustique solidifié est devenu nécessaire et a été employé avec succès.

Excroissance muqueuse dans la cavité du col de l'utérus ; hémorrhagie utérine. — Cautérisation avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. — Madame D..., âgée de 50 ans, brune, d'une bonne constitution, mère de quatre enfants, a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 16 ans, elle n'a, depuis cette époque, jamais cessé de l'être d'une manière régulière.

Depuis quatre ans, madame D... éprouve dans tout le côté gauche du bassin, à partir de la région crurale jusques dans la rénale, des douleurs vives que les fatigues augmentent beaucoup et que le repos diminue.

Jusqu'à l'année dernière, il ne s'était manifesté que quelques malaises du côté de la matrice et quelques pesanteurs du côté du siége ; mais, à cette époque, les règles présentèrent quelques irrégularités ; et, depuis dix mois, madame D... perd constamment un peu de sang. De temps en temps, l'écoulement de ce fluide a présenté un peu plus d'activité et, deux fois, à des époques assez éloignées l'une de l'autre, il est survenu une métrorrhagie abondante.

Madame D..., vint consulter M. Amussat le 28 mars 1847 ; je vis aussi ce jour là la malade. Les douleurs du côté gauche du bassin étaient toujours aussi vives. La perte utérine était permanente, mais légère. La malade avait, disait-elle, bien maigri depuis quelque temps. Elle n'avait pas de fièvre ; elle conservait son appétit et son sommeil.

Le toucher est pratiqué avec soin. Le doigt, porté sur le col de l'utérus, reconnaît qu'il est le siége d'un engorgement marqué, sans ramollissement des tissus. Le museau de tanche est légèrement entr'ouvert ; en cherchant à reconnaître les inégalités qu'il peut présenter, on découvre et l'on circonscrit très-

exactement une petite tumeur ou excroissance du volume d'une petite cerise, implantée par une large base sur le côté gauche de la cavité du col de la matrice, dont elle ne dépasse pas l'ouverture inférieure.

Le corps de la matrice et ses annexes, ainsi que le vagin, sont dans l'état normal.

Le spéculum, employé après le toucher, nous permit de voir très-distinctement l'excroissance placée au centre du museau de tanche ; elle paraissait légèrement aplatie, lisse et de couleur rosée.

Nous n'eûmes aucun doute que la végétation placée dans la cavité du col de l'utérus ne fût la cause de l'hémorrhagie dont madame D... était atteinte. Pour l'enlever, nous pouvions recourir à deux sortes de moyens : l'arrachement par la torsion ou la cautérisation. Nous nous arrêtâmes à ce dernier, parce que la base de cette excroissance était très-large. Un caustique solidifié de potasse et de chaux de quatre lignes de diamètre fut employé pour la détruire. Après l'avoir porté sur l'excroissance au moyen du spéculum, il y fut maintenu deux minutes et avec assez de soin pour ne pas cautériser les parties voisines. L'opération achevée, un petit morceau de bande fut porté et exactement placé au fond du vagin, un des deux bouts faisant une légère saillie entre les grandes lèvres pour pouvoir être retiré facilement ; puis la malade retourna chez elle. — Des bains entiers et de siége, des irrigations vaginales presque froides, le repos et un régime convenable furent prescrits.

Le 7 avril, nous revîmes la malade. Elle nous dit éprouver de la chaleur et même un peu de douleur dans le point cautérisé. Elle n'avait pas suspendu ses occupations. L'eschare était tombée. Le pédicule de la petite tumeur ne parut pas entièrement enlevé. — Une nouvelle mais petite cautérisation fut encore pratiquée.

Le 14 avril, la chute de l'eschare avait eu lieu, et la plaie était en voie de cicatrisation.

Le 25, la malade était guérie.

— Je n'ai rapporté l'observation qui précède que comme une preuve du trouble fonctionnel que les corps étrangers, même de petit volume, développés dans le col de la matrice font éprouver à cet organe. Des métrorrhagies en sont fréquemment la conséquence, et je dois dire que, dans ces cas, la cause qui les produit peut être quelquefois longtemps méconnue ; par exemple, lorsque le corps étranger est entièrement renfermé dans l'intérieur du col et qu'il consiste en de légères fongosités. Toutefois, le praticien instruit ne tarde pas à soupçonner et à découvrir la source

des accidents. Du reste, il importe beaucoup qu'il en soit ainsi; car ce ne pourrait être ni par les antiphlogistiques, les astringents, les révulsifs, ni par les spécifiques que l'on parviendrait à guérir les malades. Les moyens chirurgicaux, au nombre desquels se trouvent placés les caustiques, peuvent seuls obtenir un pareil résultat.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 11. *Nouveau procédé très-simple pour la ligature des polypes*; par M. le docteur ALEXIS FAVROT.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

Aujourd'hui la simplicité, en chirurgie, c'est le progrès.

Les instruments se sont tellement multipliés, dans ces derniers temps, qu'on peut, sans doute, en inventer beaucoup de nouveaux sans en imaginer de meilleurs; apprendre à se servir des anciens, et, encore mieux, à s'en passer, c'est un perfectionnement qui sera senti par tous les praticiens, mais principalement par ceux qui exercent loin des grands centres.

Je me suis proposé de rechercher un moyen dénué de toute complication, qui permît, sans instruments pour ainsi dire, de faire la ligature des polypes, quels qu'ils fussent, pourvu que le pédicule fût accessible à une tige du volume d'une sonde cannelée ordinaire.

Je crois être parvenu à mon but.

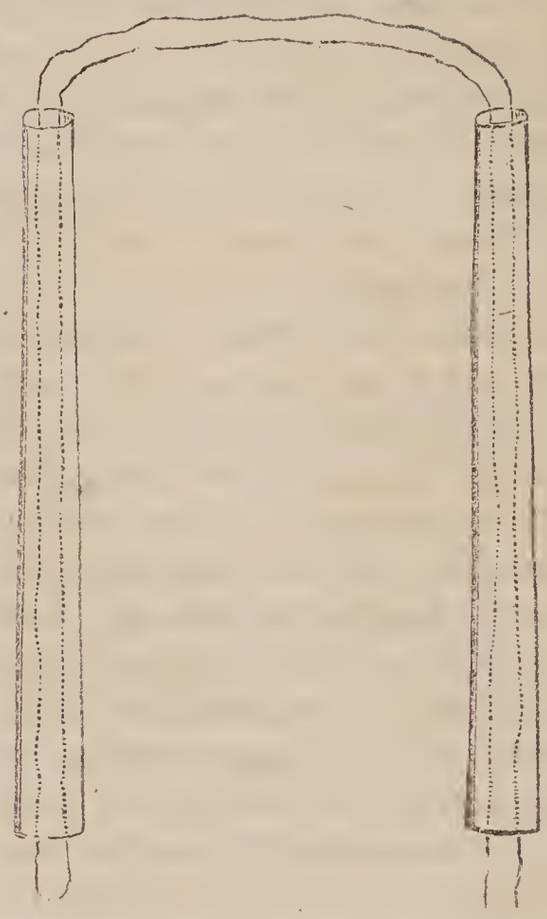
A tous les porte-nœuds, serre-nœuds, qui ont été employés jusqu'ici, j'ai substitué tout simplement deux sondes en gomme élastique, de dimensions variables, selon la capacité du canal où siégera la tumeur ; en y joignant le mandrin d'une de ces sondes, et un fil ciré, je puis parvenir à faire la ligature de tous les polypes, dans les conditions que j'énonçais tout à l'heure, c'est-à-dire lorsque leur pédicule est accessible ; condition réclamée d'ailleurs pour tous les autres procédés.

Mon perfectionnement consiste principalement dans l'agencement du fil destiné à entourer le pédicule, et dans la possibilité de trouver, avec une sonde ordinaire, tous les éléments des instruments, quels qu'ils soient, mis en usage jusqu'ici pour la ligature des tumeurs.

Voici comment les choses doivent être disposées.

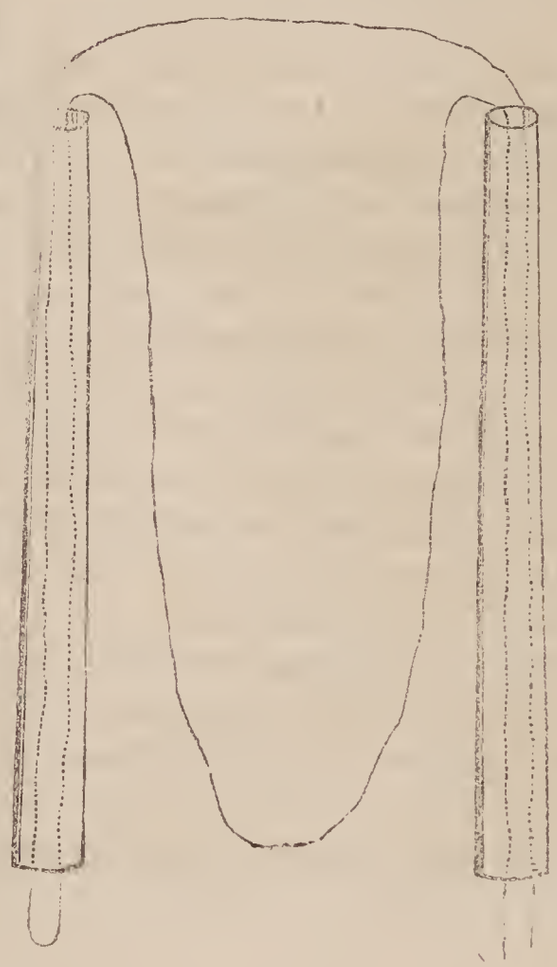
On choisit deux algalies du volume qu'on juge convenable, selon que le passage entre la tumeur et le canal est plus ou moins étroit, plus ou moins large. On coupe l'extrémité de ces deux sondes, en-dessous des yeux qu'elles présentent. On dispose un fil de soie, fort, bien tendu, d'une longueur de deux mètres envi-

ron. On en réunit les deux chefs, de manière à doubler le fil de soie et à lui donner, par conséquent, une longueur moitié moindre. Puis, à l'aide du mandrin, on introduit chaque extrémité du fil plié dans l'une des deux sondes ; on fait parcourir à ce fil toute la longueur du calibre de l'instrument, de manière à ce que les deux extrémités du fil, dont l'une présente la réunion des deux chefs, dépasse le bout inférieur d'une des deux sondes, et que l'autre extrémité, qui représente une boucle formée par le milieu même de toute la longueur du fil, dépasse l'extrémité inférieure de l'autre sonde (*fig.* 1).



De cette façon, on obtient un fil double qui passe d'une sonde dans l'autre, parcourt le canal tout entier, et sort de quelques centimètres par l'extrémité qui est généralement enduite d'un bourrelet de cire.

Tout étant ainsi disposé, il ne s'agit plus que de dédoubler la portion de fil libre à l'extrémité supérieure des deux instruments, à attirer en bas l'un de ces deux fils, de manière à rendre cette portion attirée parallèle à la direction des deux sondes (*fig.* 2). Il reste, par conséquent, passant d'un des deux tubes dans l'autre, un fil simple. C'est lui qu'il s'agit de porter sur la tumeur.

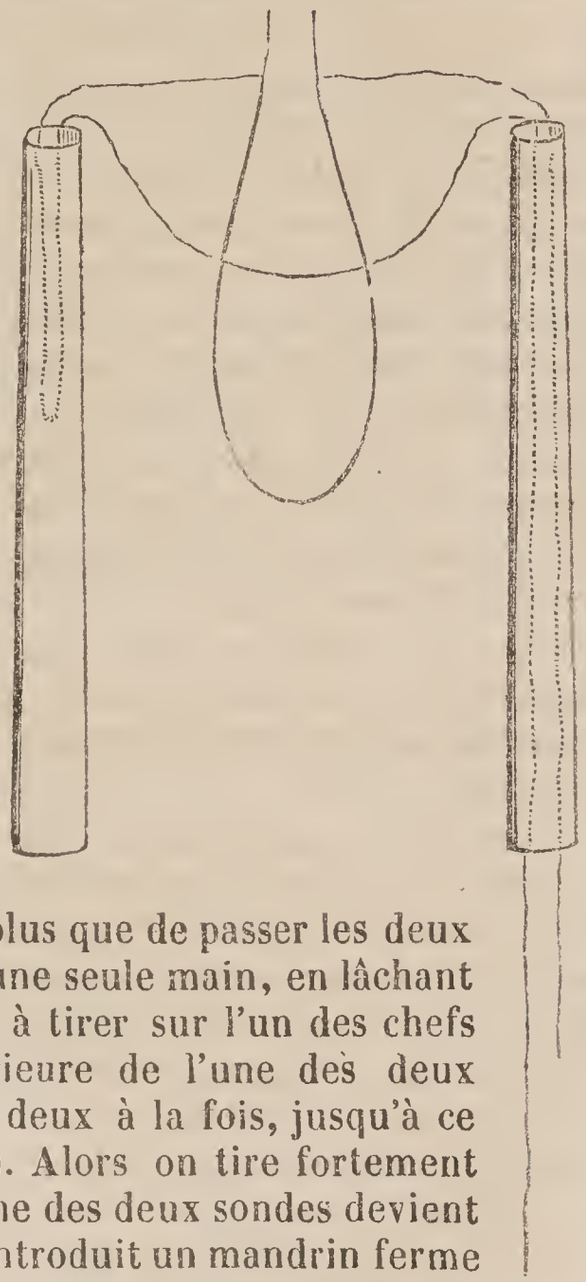


Ces détails, qui semblent très-compliqués dans une description, sont, dans l'exécution, d'une simplicité extrême ; et, d'ailleurs, le passage des fils à travers les sondes peut être fait à l'avance. La question principale est que l'opération

elle-même soit facile et exempte de complications. Personne, je crois, ne pourra constater, quand on aura vu ce procédé mis en usage, qu'il ne remplisse parfaitement ces conditions. C'est au point que, lorsque tout est préparé, l'opération est déjà faite qu'on se demande encore comment la ligature a pu être placée.

Voici, maintenant, le procédé opératoire.

Les sondes, ainsi que la portion de fil qui a été dédoublée et qui leur est parallèle, sont tenues de chaque main. Un aide dilate le canal ou soulève la base de la tumeur, si celle-ci est accessible. Le fil simple, qui sort par le bout supérieur des deux sondes, est glissé sous le polype. Les sondes cheminent de chaque côté de la tumeur. Dès qu'on est arrivé à la hauteur du pédicule, hauteur qui a dû être déterminée d'avance, on rapproche les deux mains et, par conséquent, les deux sondes, de manière à leur faire occuper la portion supérieure ou antérieure du polype.



Dès lors, on peut dire que l'opération est faite. Il ne s'agit plus que de passer les deux sondes, ainsi rapprochées, dans une seule main, en lâchant la portion de fil dédoublé, puis à tirer sur l'un des chefs qui dépassent l'extrémité inférieure de l'une des deux sondes, ou même sur tous les deux à la fois, jusqu'à ce que l'on se trouve arrêté (*fig.* 3). Alors on tire fortement sur les deux chefs ensemble ; l'une des deux sondes devient libre et est aussitôt retirée. On introduit un mandrin ferme dans celle qui doit rester dans le canal, et l'on serre les fils sur ce mandrin, recourbé à sa partie inférieure de manière à ne pas dépasser la longueur de la sonde ; l'on serre, dis-je, autant qu'on le juge convenable, et l'on peut, à son gré, relâcher la ligature ou la resserrer davantage encore.

On pourrait au besoin, si l'on n'avait pas de sondes à sa disposition, prendre deux branches de sureau creusées à leur intérieur.

Je me contente, quant à présent, d'avoir exposé brièvement

ce procédé, me proposant d'en faire le sujet d'un Mémoire, quand un certain nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux pourra fixer l'opinion de mes confrères sur sa véritable valeur pratique.

---

12. *Fistule vésico-vaginale à un centimètre du col utérin, opérée et guérie par le procédé de M. Jobert;* par M. Malgaigne.

(Revue médico-chirurgicale, novembre 1847.)

Depuis la publication du remarquable Mémoire de M. Jobert sur sa nouvelle méthode opératoire, deux fistules vésico-vaginales se sont offertes à mon observation. Après avoir vainement tenté la compression et la cautérisation pour la première, je l'ai adressée à M. Jobert pour l'opérer, me réservant de lui voir appliquer son procédé lui-même. L'opération m'a paru si simple dans l'exécution, si heureuse dans le résultat, que je n'ai pas hésité à la pratiquer sur ma seconde malade; le succès a été complet et rapide; et l'observation que je publie engagera, sans doute, d'autres chirurgiens à m'imiter.

Obs. — Mad. Raffarel, âgée de 39 ans, déjà mère de cinq enfants, accoucha d'un sixième qui était une petite fille, le 2 mai 1847. Les cinq premières couches avaient été heureuses, et tous les enfants étaient venus par la tête; mais la dernière se présenta mal; l'accoucheur et une sage-femme introduisirent les mains et les avant-bras à plusieurs reprises; et finalement, il fallut avoir recours au forceps qui dut être aussi réintroduit plusieurs fois. L'enfant était très-forte, et mourut dans l'accouchement; le travail avait duré en tout 21 heures. Les suites de couches furent très-graves; la malade ne quitta le lit qu'au bout de six semaines; et ce ne fut encore que plusieurs semaines après que, surprise d'être toujours mouillée et ne sentant pas le besoin d'uriner, elle s'adressa à M. Petit le fils, de Corbeil, qui reconnut la fistule. M. Petit essaya de tenir une sonde à demeure; la malade ne put la garder que deux jours et demi; alors elle vint à Paris consulter M. Jobert, qui jugea une opération nécessaire.

Elle n'avait pas eu ses règles depuis ses couches jusqu'au 6 septembre, où elle les eut 24 heures seulement, mais fort légères; du reste, elle ne les a guères habituellement que 36 heures. Jamais, depuis l'accouchement, elle n'avait senti le besoin d'uriner.

Ce fut dans ces circonstances que la malade me fut adressée par mon excellent confrère et ami, M. le docteur Léon Boyer. Nous l'explorâmes le 21 septembre, et nous reconnûmes facilement une fistule transversale située à un centimètre environ du col utérin, offrant à l'œil à peu près un centimètre d'étendue, et

laissant continuellement suinter l'urine, en sorte qu'il n'en passait pas une goutte dans l'urèthre. La muqueuse vaginale était pâle ; il n'y avait pas de trace de cicatrices aux environs de la fistule ; le col utérin, très-élevé, était rouge et laissait écouler une certaine quantité de mucus. La santé générale étant d'ailleurs parfaite, l'opération fut arrêtée pour le 25 septembre, et pratiquée avec le concours de MM. les docteurs Léon Boyer et Dequevauvillers et de M. Besançon, mon interne.

La malade couchée en travers de son lit, les cuisses fléchies et écartées, je déprimai la paroi postérieure du vagin à l'aide du spéculum univalve, et glissant l'indicateur gauche le long de la paroi antérieure, entre ce doigt et le spéculum, je portai sur le col utérin de longues pinces de Museux avec lesquelles je le saisis fortement. Le spéculum fut alors retiré, et des tractions ménagées mais continues sur les pinces amenèrent peu à peu, jusques près de l'orifice vaginal, le col utérin qui était très-élevé. D'autres pinces furent facilement implantées sur la lèvre antérieure du col ; et les branches des deux instruments ayant été serrées à l'aide d'un fil solide, elles furent ainsi confiées à un aide dont tout l'office était, dès lors, de maintenir la traction sans l'accroître.

La fistule, siégeant à un centimètre du col utérin, se trouvait ainsi fort rapprochée de la vulve, mais masquée encore par les replis de la paroi vésico-vaginale attirée en bas. Je fis tendre cette paroi à gauche par le doigt d'un aide ; moi-même j'en fis autant à droite ; et alors nous eûmes sous les yeux l'ouverture fistuleuse, dirigée en travers, ayant au plus un centimètre d'étendue apparente, mais admettant le bout du petit doigt ; elle figurait une sorte d'entonnoir, dont les parois étaient tapissées d'une muqueuse nouvelle très-solidement organisée ; et ses bords semblaient très-épais. On s'assura de nouveau, en introduisant la sonde successivement par l'urèthre et par la fistule, qu'elle communiquait librement avec la vessie ; et une injection lancée par l'urèthre et revenant par la fistule compléta la démonstration.

Il s'agissait maintenant d'aviver les lèvres de la fistule. Je commençai avec un bistouri aigu, la muqueuse étant saisie au préalable avec des pinces à dents de souris ; mais à mesure que la pointe du bistouri s'enfonçait plus avant, je craignais qu'elle n'allât blesser la paroi opposée de la vessie ; d'un autre côté, l'épaisseur des bords de la fistule était telle, que je les eusse difficilement embrassés avec des ciseaux ; je me servis donc d'un bistouri boutonné ; et je ne saurais dire avec quelle facilité j'exécutai mon avivement sur tous les points. La fistule permit alors d'introduire

l'indicateur dans la vessie ; et l'épaisseur de la paroi divisée n'était guères moindre d'un centimètre.

Un peu de sang suintait de l'incision ; il fallut éponger à plusieurs reprises, et même injecter de l'eau froide par le vagin et par l'urèthre pour nous débarrasser de ce suintement ; mais j'y réussis encore mieux en portant l'indicateur gauche dans la fistule et pressant de dedans en dehors sur la lèvre supérieure de l'incision. Moyennant cette pression qui l'écartait de la paroi antérieure de la vessie, je passai facilement de dehors en dedans ma première aiguille ; après l'avoir retirée au dehors, je la replongeai, toujours sous la protection de mon doigt, à travers la lèvre inférieure et cette fois de dedans en dehors, embrassant pour chaque lèvre environ un centimètre d'étendue de la paroi vésico-vaginale. Un deuxième fil fut placé de même ; et les chefs des deux fils étant alors attirés au dehors, on vit les bords saignants de la fistule très-nettement accolés ; une sonde de femme ne pouvait pénétrer dans leur intervalle, et une injection faite par l'urèthre revint tout entière par ce canal. En conséquence, on jugea ces deux points de suture suffisants, et je les serrai assez fortement par un double nœud. Une nouvelle injection par l'urèthre distendit la vessie, qui se contracta de façon à lancer par le méat urinaire un jet de liquide très-gros et décrivant un arc fort étendu ; rien ne passait par la fistule. Avant de couper les fils, je m'en servis pour attirer au dehors la portion de la vessie qu'ils étreignaient, et séparer cet organe de ses attaches au col utérin. Les pinces implantées sur la lèvre antérieure du col me gênaient ; je les enlevai ; et l'incision fut faite avec un bistouri aigu, à 6 ou 8 millimètres de profondeur, sur toute la largeur du vagin. Une autre incision parallèle fut faite en avant de la fistule, pour que la muqueuse vaginale ne fût pas plus tiraillée de ce côté que de l'autre ; puis les fils coupés près des nœuds. Les injections dans le vagin enlevèrent les caillots et le sang ; mais il en suintait toujours, surtout par l'incision du col. Sans m'y arrêter, je portai dans le vagin un tampon d'agarie ; je fixai la sonde à demeure dans l'urèthre ; le tout maintenu par un bandage en T et des liens qui se rattachaient à une serviette passée en ceinturon autour du ventre ; et l'opération fut terminée. La malade, interrogée à diverses reprises, déclara toujours qu'elle ne souffrait pas ; et de fait elle ne jeta pas un cri durant toute l'opération.

Deux heures après, un peu de sang avait coulé par le vagin ; la malade pâlit et eut une syncope. On assura le tampon, et l'hémorrhagie ne reparut pas au dehors. De petits caillots bouchaient la sonde ; on fit des injections pour la rendre libre.

Le lendemain, état excellent ; j'ôtai le tampon ; il sortit du vagin environ deux palettes de caillots noirs ; des injections lavèrent ce conduit. L'opérée commençait à sentir de l'appétit.

Rien à noter les jours suivants ; mais le dimanche 26, comme elle était en moiteur, elle mit les bras hors du lit pour lire un journal ; presque aussitôt survint un frisson violent avec douleurs dans toutes les jointures, notamment aux lombes ; issue d'un peu de sang rouge par la sonde ; brisement général. Le frisson fut suivi d'une réaction très-forte avec fièvre, abattement ; le lendemain elle s'en ressentait encore.

Heureusement rien de semblable ne reparut les jours suivants ; seulement le 29, sixième jour, il sortit d'assez gros caillots du vagin ; mais, comme nous étions arrivés ou à peu près à l'époque menstruelle, cela fut mis sur le compte des règles.

Le 30, il nous parut utile d'enlever les sutures. Le col utérin fut saisi et amené à la vulve avec plus de difficulté que le jour de l'opération ; le vagin ne contenait qu'un peu de mucus puriforme. Mais en pressant sur la paroi antérieure du vagin pour reconnaître les sutures qui étaient profondément cachées, le vagin s'emplit d'un liquide qui me parut être de l'urine. Avions-nous rompu quelque adhérence, ou bien le liquide s'écoulait-il à travers la fistule non réunie, ou bien encore à travers les trous agrandis des points de suture ? C'est ce qu'il fut impossible de reconnaître. Les deux divisions transversales au col et au vagin étaient presque cicatrisées ; ce qui me surprit, c'est que l'incision transverse inférieure semblait avoir pris une direction verticale. Enfin, après quelques difficultés, les fils furent aperçus, coupés avec des ciseaux courbes et retirés ; ils étaient encore loin de tomber dans le vagin. Une sonde, introduite après cela dans la vessie, en fit sortir par un jet assez fort plusieurs cuillerées d'urine presque limpide.

La sonde élastique fut réintroduite à demeure et la malade resta couchée comme auparavant. Dans la nuit du 2 au 3 octobre, elle ressentit des douleurs assez vives à l'hypogastre ; la sonde était bouchée. M. Boyer la vit le lendemain, retira la sonde dans laquelle il trouva un bout de fil simple, provenant d'une des sutures ; la vessie contenait une notable quantité d'urine ; rien n'avait passé par le vagin.

En conséquence, le 4 octobre, nous enlevâmes la sonde ; plusieurs injections faites dans la vessie revinrent en entier par le méat ; et il fut décidé qu'on laisserait la malade uriner seule. Elle urina en effet deux fois dans la journée, sans aucun écoulement appréciable par le vagin.

Il n'y eut rien de nouveau jusqu'au 9 octobre ; ce jour-là, on

lui avait permis de se lever. Comme elle était un peu faible, elle s'était bornée d'abord à faire quelques pas par la chambre, puis à se reposer sur un fauteuil ; et, vers quatre heures, elle avait uriné très-naturellement. A quatre heures et demie, comme elle reconduisait sa sœur à la porte de l'appartement, M. Boyer, qui l'observait, s'aperçut qu'elle laissait couler quelques gouttes d'urine sur le plancher. Quant à elle, elle n'en avait pas conscience ; et presque aussitôt elle sentit le besoin d'uriner, et s'en acquitta comme auparavant ; mais, en se relevant, d'autres gouttes tombèrent derechef. M. Boyer la fit tenir debout, les jambes écartées, et, examinant les parties, il en vit suinter la valeur d'une cuillerée d'urine, sans pouvoir démêler d'où elle sortait. Une sonde, introduite, évacua de la vessie environ une cuillerée et demie d'urine qui y était restée ; alors l'écoulement cessa absolument, bien que la malade fût encore restée debout cinq minutes.

Pour plus de sécurité, M. Boyer fit essuyer soigneusement les parties, retint la malade levée jusqu'à huit heures du soir; l'écoulement ne reparut point ; avant de se coucher, elle urina librement, sans écoulement consécutif.

Le lendemain 10, elle demeura levée de une à dix heures du soir, urina deux fois, sans le moindre suintement ; de même le lit ne présentait pas une goutte d'urine.

D'après tous ces phénomènes, nous jugeâmes que l'urine s'était écoulée par l'urèthre affaibli, et toute inquiétude cessa. En effet, dans la nuit du 10 au 11, comme dans les suivantes, la malade ne fit qu'un somme, garda en conséquence l'urine de toute la nuit dans la vessie, sans en laisser échapper une goutte, et urina copieusement à son réveil.

Le 13, vingtième jour après l'opération, nous la passâmes au spéculum. Tout d'abord, avec le spéculum bivalve, nous cherchâmes vainement des traces de la fistule, tant la paroi antérieure du vagin avait repris sa couleur et ses rides naturelles ; de telle sorte que l'orifice rouge, humide, découpé, du museau de tanche apparaissant enfin au fond de l'instrument, et laissant couler un peu de mucus clair et limpide, nous crûmes un moment que c'était là notre fistule, dont la cicatrisation n'eût pas encore été complète. Cependant, une injection faite dans la vessie y restait tout entière ; le doigt, porté dans le vagin, ne découvrait nulle inégalité en avant ; finalement, en nous servant du spéculum ordinaire, nous embrassâmes le col utérin, cette fois bien reconnu ; nous constatâmes, au fond de la rosace vaginale, l'incision que nous avions faite au col, et qui était parfaitement cicatrisée ;

quant à la fistule et à l'autre incision, nous pûmes bien, à quelques rides plus profondes, en assigner la place ; mais, nous n'en eussions pas deviné l'existence antérieure, si nous avions vu cette femme pour la première fois.

Le lendemain, elle quitta Paris pour s'en retourner à Corbeil; nous avons eu tout récemment encore de ses nouvelles, et la vessie remplit ses fonctions comme si elle n'avait jamais été blessée.

J'ajouterai ici quelques réflexions. Le procédé opératoire n'est pas absolument le même que celui de M. Jobert dans les trois observations de son Mémoire ; des modifications apportées, les unes lui appartiennent, et j'ai cru devoir en adopter quelques autres.

1° M. Jobert commençait par l'incision qui détachait la vessie du col utérin. Aujourd'hui, il pratique d'abord l'avivement et la suture, et avec raison, à mon sens ; car l'incision près du col donne un écoulement de sang fort abondant, qui même dégénère parfois en véritable hémorrhagie ; il vaut donc mieux, pour assurer la manœuvre opératoire, n'y procéder qu'en dernier lieu.

2° A cette incision, j'en ai ajouté une autre en avant de la fistule ; c'est également une modification de M. Jobert, qui a pour résultat de relâcher la lèvre inférieure de la fistule, comme la première incision a relâché la supérieure.

3° Mais au lieu du bistouri pointu ou des ciseaux, j'ai préféré, pour l'avivement, le bistouri boutonné ; et je ne saurais trop redire combien la manœuvre en a été facilitée.

4° Pour passer les points de suture, j'ai mis le doigt dans la vessie; c'est le seul moyen, à mon avis, de s'assurer que l'on comprend bien toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, et qu'on respecte la paroi vésicale opposée.

5° M. Jobert laissait autrefois les fils, onze, quinze et jusqu'à vingt-deux jours. Je les ai enlevés le septième jour ; et, sans l'accès de fièvre du dimanche, j'avais dessein de les enlever le cinquième. On sait, en effet, qu'à cette époque les fils commencent à couper les chairs, ce qui les rend plus nuisibles qu'utiles. On pourrait objecter qu'en les enlevant le septième jour, nous avons déchiré quelques points de la réunion, encore trop récente, et fait couler de l'urine dans le vagin. Je ne peux répondre autre chose, sinon que j'ai raconté le phénomène comme je l'avais vu, sans pouvoir alors me l'expliquer ; et que, aujourd'hui, je pense que le liquide, que nous avions pris pour de l'urine, était tout simplement du mucus séreux sorti de l'utérus.

6° Enfin, j'ai employé le tampon, comme M. Jobert, dans la prévision d'une hémorrhagie qu'il n'a pas empêchée ; et peut-

être même l'échauffement qu'il détermine l'aura-t-il favorisée. Je pense donc qu'il y a lieu de se demander s'il ne vaudrait pas mieux renoncer à ce tamponnement, et combattre l'hémorrhagie, le cas échéant, par des injections d'eau froide, ainsi que M. Bégin a fait pour la taille.

Au total, voilà un nouveau succès à ajouter à ceux de M. Jobert, et qui peut servir à montrer combien s'est simplifiée, entre ses mains, l'opération de la fistule vésico-vaginale. Lorsqu'on vient à considérer tous les essais antérieurs, on voit qu'ils échouaient et qu'ils devaient échouer surtout pour ces deux causes : la difficulté d'aviver et de coudre la solution de continuité, la tension des bords de la plaie qui coupait les tissus sur le fil des sutures. Pour vaincre le premier obstacle, il a eu recours à un moyen fort simple, dont on avait même usé déjà en d'autres circonstances, savoir, l'abaissement du col à l'aide de pinces érignes, ce qui amène la fistule, en quelque sorte, au-devant des yeux et des doigts de l'opérateur. L'autre difficulté n'a pas été moins heureusement vaincue par la double incision, qui, en définitive, n'est autre que la double incision de Celse après l'opération du bec-de-lièvre ; et c'est ainsi qu'en réunissant ces deux éléments épars, M. Jobert a su constituer le procédé le plus original, le plus simple et le plus efficace à la fois, et ramener dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale une affection que l'on avait fini par regarder comme incurable. Ce procédé est celui que M. Jobert applique aux fistules simples, comme était la nôtre ; on sait que, pour les fistules avec large perte de substance, il a imaginé une ressource plus héroïque encore, c'est-à-dire le décollement de la portion de la vessie adhérente au col et au corps de l'utérus.

Une dernière remarque, et elle est importante : ce qui fait surtout que la plupart des chirurgiens se méfient du succès, c'est la minceur présumée de la paroi vésico-vaginale. On ne saurait donc trop répéter que, quand la vessie est vide et revenue sur elle-même, cette paroi est beaucoup plus épaisse qu'on ne pourrait l'imaginer ; chez mon opérée, je l'ai évaluée à 1 centimètre ; et, certes, il y a là d'assez larges surfaces pour donner lieu à de solides adhérences. Mais il faut pour cela que l'avivement s'opère bien sur toute cette épaisseur, et que toute cette épaisseur aussi soit comprise dans les points de suture ; et les deux petites modifications, que j'ai apportées au procédé de M. Jobert, me paraissent surtout propres à remplir cette double indication.

— Il y a quelques jours, une autre fistule est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, mais avec une telle perte de

substance que la paroi antérieure de la vessie faisait hernie à travers l'ouverture et sortait même entre les lèvres de la vulve. Après avoir pris l'avis de M. Jobert, je l'ai opérée en décollant cette fois largement la vessie de ses attaches au col et au corps de l'utérus; je publierai les résultats de cette nouvelle opération.

---

13. *Considérations pratiques sur le traitement du bec-de-lièvre double, avec écartement des os maxillaires;* par M. le docteur Ch. Phillips.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1847.)

Je dois commencer ce travail en m'excusant de l'avoir entrepris : c'est qu'en effet il n'y a pas d'opération en chirurgie qui passe pour être plus simple à exécuter, il n'y a pas de difficultés que l'on ne croie pouvoir vaincre plus facilement, pas de traitement plus positif, pas de résultat moins douteux que tout ce qui a été écrit sur la difformité connue sous le nom de bec-de-lièvre, et sur le traitement qui lui est opposé.

Dans les œuvres de nos devanciers, nous ne lisons guère que des relations de succès; et, quelles qu'aient été les complications des difformités, quelque graves qu'aient été les lésions, on voit toujours que l'opération a été facile à faire, et que les résultats en ont été satisfaisants. Si l'on compare les œuvres d'autrefois avec celles de nos jours, on éprouve du découragement en voyant la différence des résultats, et l'on est porté à mettre en doute le talent des contemporains. Mais, si l'on étudie avec attention, si l'on analyse avec rigueur l'opération ancienne, en tenant compte de l'état de difformité, on reprend courage, on acquiert la conviction que ces succès n'ont pas été plus complets que les nôtres, et l'on est en droit de dire que c'est l'insuffisance de l'art, et non l'impuissance de l'artiste, qui est la cause de ces imperfections.

Pénétré des principes de nos grandes écoles, ayant foi dans la parole de leurs chefs, j'ai cherché à mettre en pratique leurs préceptes, leurs doctrines, et j'ai vu, avec une cruelle déception, les opérations faites avec le plus grand soin, ou échouer complétement, ou ne corriger qu'imparfaitement ces vices de conformation. Dans cette décourageante situation d'esprit, doutant de l'exactitude des faits publiés, doutant presque des ressources de l'art, j'ai voulu revoir cette question, et, après avoir comparé les écrivains qui se sont succédé, je suis arrivé à cette conclusion : que l'école de Desault a été la loi qui les a guidés, qu'ils se sont successivement transmis ses doctrines, sa pratique et son texte; que, sans examen, ils ont adopté sa parole comme

une vérité; qu'enfin, agissant comme il avait agi, ils ont dû obtenir les mêmes résultats, et que, dominés par la même erreur, ils ont publié les mêmes succès.

Quelques opérateurs, trompés dans leurs espérances, n'osèrent pas écrire leurs doutes; mais en cherchant à modifier la méthode qui, jusqu'à ce jour, avait servi de type, ils ont assez prouvé qu'une atteinte était portée à leurs croyances, et que leur foi était ébranlée. En refoulant brusquement les os incisifs que Desault prétendait ramener par la compression, en emportant un morceau triangulaire de la cloison pour arriver au même but, en taillant des lambeaux pour éviter l'encochure, les chirurgiens, qui ont imaginé ces différentes modifications, ont prouvé qu'ils n'étaient pas satisfaits, et qu'il était indispensable d'étudier de nouveau cette opération.

On doit remarquer aussi que presque tous les efforts d'amélioration ont été dirigés vers le bec-de-lièvre simple, et qu'ils ont été employés sans distinction contre le bec-de-lièvre compliqué et contre toutes ses variétés, de sorte que l'on n'a pas opposé aux cas les plus graves des moyens plus puissants qu'aux cas les plus simples. Aviver les bords, couper les brides attachant les lèvres aux gencives, et placer les sutures, telles étaient les trois conditions que le chirurgien devait remplir; et une fois ces manœuvres terminées, si les tissus étaient soudés entre eux après l'extraction des épingles, l'opérateur se félicitait de son succès. Quant à la forme définitive donnée à la lèvre, quant au redressement du nez, on ne s'en occupait pas, on y attachait peu ou point d'importance.

Ce sont cependant de tels faits que Desault a publiés comme étant des guérisons complètes. Ce qui doit faire douter de l'exactitude des descriptions de ce grand chirurgien, ce sont les dessins qui accompagnent l'histoire d'un enfant représenté avant et après l'opération. Evidemment nul de nos contemporains, même des plus habiles, ne peut montrer de tels résultats! Desault agissait-il différemment que ne l'ont fait ses successeurs? Non, évidemment non; et j'en trouve la preuve dans la formule qu'il a donnée de cette opération. « Il résulte deux grandes « conséquences: l'une qu'il faut réduire la fente à l'état de di- « vision récente, l'autre, qu'il faut rapprocher et maintenir en « contact les bords sanglants de cette division. »

Il est démontré par ces préceptes que le succès était tout entier dans l'agglutination des bords de la division, et qu'une fois cette soudure obtenue, le chirurgien se croyait légitimement autorisé à publier le résultat comme une réussite complète.

On voit donc que l'on ne s'était pas occupé du redressement du nez, de l'emploi du lobule médian comme partie moyenne de la lèvre ; on n'avait pas cherché à assurer la solidité des sutures, en empêchant le tiraillement des lambeaux, et à diminuer la difformité qui résulte toujours de la présence de ces sutures sur les côtés de la cicatrice.

Voici une opération qui répond à toutes ces exigences, et qui y satisfait. Déjà de nombreuses applications témoignent de son utilité ; et, afin qu'il ne reste aucun doute, aucune arrière-pensée dans l'esprit des chirurgiens, il ne sera parlé dans ce travail que des faits observés publiquement à Paris dans les services de MM. Jobert, Malgaigne, Guersent, etc. Ces faits ont acquis la valeur d'une monnaie légale, car ils ont été soumis au contrôle du public médical.

De la saillie des os incisifs.—Dans certains cas de bec-de-lièvre, la saillie des os incisifs est si considérable, qu'elle imprime à la difformité un caractère particulier ; elle multiplie les difficultés à vaincre, et elle diminue les chances de succès.

Dans cette variété, les os intermaxillaires, attachés à la cloison, sont projetés en avant, et ils portent horizontalement les dents incisives, qui sont quelquefois contournées et comme tordues sur elles-mêmes. On voit aussi le lobule moyen de la lèvre supérieure, ou attaché à ces os, et pouvant alors servir à la restauration de la lèvre, ou attaché à la pointe du nez, et, dans ce cas, utile seulement pour former la sous-cloison nasale.

Quelle que soit, du reste, la direction de ces os, dès qu'ils sont sortis de leur place, ils constituent toujours une complication grave.

On sait qu'avant Desault l'on avait déjà arraché ces os, et c'est une pratique que nous retrouverons plus tard. Nous devons nous arrêter à ce chirurgien, parce que ses successeurs sont restés fidèles à son école, et ils l'ont adoptée pour modèle.

Desault disait ; « Les os maxillaires, séparés l'un de l'autre, « et par là toujours moins solidement fixés, cèdent *sans peine* à « la force qui les repousse en arrière. La portion saillante, sou- « vent presque isolée, oppose peu de résistance. » Fort de ces considérations, il essaya la pression permanente, qui lui « a constamment réussi. » Une simple bande, passant sur la portion à déprimer, et retirée fortement en arrière, lui suffisait pour faire cette compression, qu'il prolongeait plus ou moins selon la résistance des parties, et pour laquelle, ajoutait-il, « des moyens « plus efficaces pourraient sans doute être mis en usage. »

On est très-étonné, en lisant ce texte, de voir ces os céder

sans peine à la force qui les repousse, lorsque l'on sait que cette force est produite par une simple bande attachée derrière la tête. Cela paraît d'autant plus extraordinaire, que l'enfant qui sert à cette démonstration, et dont l'histoire est rapportée dans les œuvres de ce chirurgien, était âgé de cinq ans, époque à laquelle ces os et leurs adhérences ont déjà acquis une grande solidité ; d'ailleurs, si cette bande suffit à ce refoulement, si elle a constamment réussi, pourquoi désirer des moyens plus efficaces ?

Lorsqu'on a voulu, dans ces derniers temps, refouler ces os, en emportant un morceau triangulaire de leur pédicule, on a dû employer de forts ciseaux, et même des cisailles. En présence de telles conditions, il n'est pas possible de croire à l'exactitude des faits qui, jusqu'à présent, ont fait loi dans la pratique. Je sais que c'est presque un acte téméraire de mettre en doute aujourd'hui les assertions d'hommes aussi considérables que l'étaient Desault et Bichat ; mais, sous la puissance d'une démonstration qui leur est contraire, d'une démonstration matérielle, la raison ne peut se soumettre, et l'on est obligé de dire que ces hommes éminents se sont laissé abuser par leurs résultats, et que leur erreur, aveuglément adoptée par leurs successeurs, est arrivée jusqu'à nous, sans avoir subi le contrôle de la critique.

En résumé, il est impossible de refouler par la compression les os intermaxillaires, lorsqu'ils ont contracté des adhérences osseuses avec leur pédicule, et surtout lorsqu'ayant gagné du développement, ils sont devenus plus gros que la fente palatine n'est large.

Après la première année, ce refoulement n'est plus exécutable.

Faut-il donc faire cette compression pendant cette première année ? Non. Quand on pense à la douleur continue qu'elle cause à ces petits enfants, on ne peut se résoudre à l'employer. Cette douleur est bien autrement difficile à supporter que celle produite par l'opération ; elle est longue, de tous les instants ; elle entrave la nutrition, et elle provoque des convulsions. Les partisans de la compression avouent d'ailleurs que, pour être utile, elle doit être continuée au moins pendant trois semaines ou un mois. Qui ne sait combien de chances funestes peuvent survenir pendant un aussi long temps ?

Il est nécessaire aussi de rappeler la manière dont Desault prétendait former la saillie des lèvres. Il dit :

« Le bord rafraîchi de la partie gauche est saisi de nouveau et « de la même manière que pour la résection, puis on enfonce « dans la lèvre, à une ligne de son bord libre, et à trois lignes

« de la plaie, une aiguille tenue comme une plume à écrire, et « dirigée en arrière et de bas en haut, de manière à faire sortir « la pointe à deux lignes au-dessus du bord libre, entre le quart « postérieur et les trois quarts antérieurs de la lèvre.

« L'aide, sur la poitrine duquel appuie la tête du malade, « presse très-fortement en avant les deux joues, tandis que le « chirurgien saisissant, comme pour la résection, la portion « droite de la lèvre, la rapproche de l'autre, enfonce dans le « bord saignant la pointe de l'aiguille, la porte dans la même di- « rection, et lui fait parcourir le même trajet, mais dans un « sens inverse que du côté opposé, en sorte que la pointe vient « sortir à l'endroit correspondant à celui où elle était entrée. « De là résulte la forme d'un V renversé dans le trajet de l'ai- « guille ; disposition propre à pousser en bas la quantité de « chair nécessaire à la formation du bouton que présente, dans « l'état naturel, la partie moyenne et inférieure de la lèvre. »

On retrouve cette description dans tous les traités de médecine opératoire ; elle est démontrée presque toujours avec les mêmes expressions ; dans les cours d'opérations, le professeur explique comment il va faire parcourir par l'épingle un trajet sinueux, et il finit par la faire passer horizontalement à travers les chairs. C'est qu'en réalité on ne peut pas agir différemment. Si l'épingle est résistante, on lui fera parcourir dans les chairs un trajet aussi oblique qu'on le voudra, à la condition de suivre toujours la ligne droite ; si elle ne résiste point, au contraire, elle se ploiera, et on ne pourra pas la faire pénétrer plus avant ; et s'il était possible de former cette éminence au bord de la lèvre par un instrument dont l'action est provisoire, on ne tarderait pas à voir les chairs, obéissant à leur élasticité, revenir sur elles-mêmes, effacer la saillie et reproduire l'encochure.

Pour ne pas être accusé d'avoir interprété selon les besoins de ce travail les textes dont il est fait mention, voici dans sa totalité l'observation publiée par Bichat :

Bec-de-lièvre double. Compression de la saillie. — Marie Dehannes, âgée de cinq ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, le 7 septembre 1790, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre double avec une saillie du bouton moyen, représenté (fig. 1, *OEuvres de Desault*, p. 207). La mastication était difficile, et, pendant la déglutition, une partie des aliments, passant dans les narines, incommodait eaucoup la malade, que l'expérience avait cependant habituée à diminuer cet inconvénient, en ne prenant à la fois qu'une petite quantité d'aliments. Les sons vocaux étaient assez distincts, mais l'habitude seule pouvait rendre intelligibles les consonnances.

Pour mettre le bouton au niveau de la lèvre, et déprimer la portion saillante des os maxillaires, on eut recours au moyen indiqué ci-dessus, qui, dès le premier jour, eut un effet très-sensible. Il fut continué pendant dix-huit jours, époque à laquelle les parties, exactement de niveau, permirent de pratiquer l'opération, qui ne présenta rien de particulier dans son exécution, et qui, quant à ses suites, offrit une réunion parfaite le dixième jour, et le rapprochement presque complet de la voûte palatine au bout d'un certain temps.

Que les praticiens recueillent leurs souvenirs ; ont-ils jamais vu, dès le *premier jour*, un effet très-sensible produit par la compression, et le dix-huitième jour, les parties être exactement de niveau ? Et ces résultats ont été observés sur un enfant de cinq ans !

Aujourd'hui la compression est presque généralement abandonnée, et deux opinions opposées dominent encore ce temps de l'opération.

Les uns arrachent les os incisifs ; les autres les conservent et les refoulent.

La conservation est faite de deux manières ; en fracturant les attaches et en les repoussant avec violence, ou en emportant avec des cisailles un morceau triangulaire du vomer et de la cloison et en les fixant aux dents molaires avec un fil d'or.

Indépendamment de ce qu'il a de brutal, le premier procédé expose à des dangers que l'on ne peut préciser ; car, n'étant pas le maître de limiter la fracture, on ignore jusqu'où elle peut s'étendre, et quels organes importants elle peut atteindre. Quelque complet que puisse être un succès, quelque grande que puisse être son authenticité, il ne peut légitimer une semblable manœuvre.

Le second procédé est moins violent que le premier ; on refoule les os lorsque l'on a emporté une partie du vomer, et lorsque l'on a taillé une place pour les loger. Ayant été arrêté par la saillie considérable de ces os, ne voulant pas les arracher, ajoutant une faible croyance à la possibilité du refoulement lent par la compression, redoutant le refoulement brusque par la fracture de l'attache de ces os, M. Blandin a cherché à les replacer dans leur position normale, en tranchant la difficulté. Cet habile chirurgien a basé son opération sur ce que la cloison des fosses nasales, déplacée en avant dans ce vice de conformation, est le véritable pédicule des os intermaxillaires et le seul obstacle à leur refoulement : dans ce cas, la sous-cloison a pris un plus grand développement dans le sens antéro-postérieur. « La pointe de la

« section en V, que nous pratiquons, dit M. Blandin, doit s'a-
« vancer très-haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du
« nez, et atteindre jusqu'au dos de cette partie, de manière à
« parfaitement assurer la mobilité de la saillie osseuse et son
« entier refoulement en arrière : il est bien entendu qu'on doit
« proportionner la grandeur de la pièce, qu'on emporte dans la
« cloison, à l'étendue dont doivent rétrograder les os inter-
« maxillaires, pour se remettre en ligne avec les parties conti-
« guës de l'arcade.

« Après la résection, le tubercule médian du palais et celui de
« la lèvre, devenus mobiles, cèdent à la plus légère pression, et
« se laissent refouler au degré convenable ; ou une simple ban-
« delette de diachylon, appliquée sur la lèvre supérieure, suffit
« pour les retenir.

« Si les dents incisives n'avaient pas repris leur rang, il fau-
« drait les y faire rentrer en les fixant aux molaires voisines avec
« des fils d'or ou d'argent, ce qui veut dire que, pour opérer,
« on doit attendre l'éruption de ces dents, ou l'âge de deux ans.

« Les deux seuls accidents, dont la crainte se présente d'abord
« à l'esprit, ne sont pas sérieux ni même réels ; l'écoulement
« sanguin est insignifiant et le tubercule osseux ne se nécrose
« point ; il se réunit, au contraire, parfaitement. »

Cette dernière assertion ne repose sur aucune preuve : longtemps après l'opération, ces os étaient encore mobiles ; ce qu'il y a de vrai, c'est que l'on ne peut pas opérer les très-jeunes enfants ; il faut attendre les dents molaires, qui doivent servir de point d'appui aux incisives, et l'on reste dans le doute sur ce qui adviendra des intermaxillaires.

Quel avantage peut donc avoir cette méthode sur l'arrachement ? Elle n'est pas plus rapide ; car la section d'un morceau de la sous-cloison est plus longue et plus difficile à faire que l'arrachement, et elle n'est pas moins douloureuse.

M. Debrou a modifié la méthode de M. Blandin en avivant les bords de la double fente osseuse, comme on le fait aux parties molles.

« J'ai avivé, dit M. Debrou, les bords osseux tout aussi bien
« que les bords charnus, avant de porter en arrière le tubercule
« intermaxillaire. Cette conduite n'ayant point été suivie par
« M. Blandin, et n'ayant été nulle part conseillée, j'ai besoin
« de l'appuyer de quelques motifs. Je dirai d'abord que j'ai sim-
« plement cherché à rendre les quatre bords osseux correspon-
« dants saignants et vifs ; mais supposons que j'aie enlevé toute
« la muqueuse qui leur sert de périoste jusqu'au tissu osseux,

« est-ce à dire pour cela que l'on doive craindre soit une carie, « soit une nécrose, soit une inflammation des surfaces osseuses « mises à nu ? Je pense qu'il n'en saurait être ainsi pour les os « si spongieux, si vasculaires, et dans un âge si tendre ; mais que « plutôt, si un travail doit s'établir, ce sera un travail d'union et « de cicatrice, comme entre les deux bouts d'un os fracturé. »

Ce procédé est applicable aux très-jeunes enfants, lorsque la fente palatine n'a pas encore perdu de sa largeur, et lorsque les os incisifs n'ont pas encore acquis du développement. Dans ce cas, il suffit de couper les membranes muqueuses correspondantes, et l'on obtiendra des surfaces vives, qui seront dans de bonnes conditions pour se souder entre elles. En sera-t-il de même plus tard, lorsque les os maxillaires, s'étant rapprochés, auront diminué la fente du palais, et lorsque les os incisifs auront gagné de l'ampleur ?

Je sais que l'on propose la résection des bords latéraux des os déviés ; mais cette proposition est encore théorique. Qui ne voit que les efforts nécessaires, imprimés aux cisailles, pour couper deux morceaux d'os, produiront la fracture du pédicule ; fracture dont il sera impossible de limiter l'étendue ; fracture qui donne à ce procédé tous les inconvénients attachés au refoulement violent ?

On a formulé contre l'arrachement un reproche qui remonte à Desault, et qui repose sur un seul fait que nous rapportons en entier ; on s'est successivement transmis ce reproche, sans examiner le fait qui y a donné lieu, et tout le monde a rejeté l'arrachement, en s'étayant du texte de ce grand chirurgien.

Bec-de-lièvre double (observation de Desault). Desault fut consulté un jour pour un enfant qui portait une difformité semblable; une éminence osseuse, séparée par une double fente des os maxillaires, faisait en devant une saillie qui rendait impossible l'opération. L'expérience n'avait point encore éclairé Desault, qui emporta, suivant la méthode ordinaire, toute la portion osseuse saillante. De là résulta une très-grande fente, que le rapprochement des os maxillaires diminua peu à peu après l'opération. Au bout de trois mois elle avait disparu, ne laissant qu'une légère trace de son existence ; mais le diamètre transversal de la mâchoire supérieure, diminué de toute la largeur du bouton saillant, ne correspondit plus à celui de la mâchoire inférieure, et il survint ce que l'on observe souvent chez les vieillards, l'emboîtement, très-incommode pour la mastication, de la première dans la seconde mâchoire. Cet inconvénient, résultat évident d'une perte de substance dans les os maxillaires supérieurs, changea

sur ce point la pratique de Desault, et dès lors il conçut que si, par une compression préliminaire, on pouvait rétablir le niveau perdu de la portion saillante, on aurait le double avantage d'éviter une douleur toujours fâcheuse, et une incommodité plus fâcheuse encore.

Voilà donc le fait, le seul fait sur lequel repose l'éloignement de Desault et de son école pour l'arrachement des os incisifs, c'est l'emboîtement de la mâchoire supérieure dans l'inférieure.

D'abord, pour que l'objection ait quelque fondement, il faut que la difformité soit compliquée de la fente de toute la voûte palatine ; car si la voûte osseuse est complète, il ne se fera aucun mouvement de rapprochement entre les maxillaires. Voilà une variété qui échappe à la loi posée par Desault, et nulle part on n'a mentionné cette exception.

Supposons le fait le plus favorable à la doctrine que nous combattons ; et admettons la voûte entièrement divisée. Si le rapprochement des maxillaires a lieu parallèlement, les os incisifs n'exercent aucune influence sur ce mouvement, et c'est de cette façon que le rapprochement se fait. Selon Desault, ces os se rapprocheraient par leur circonférence, et leur point de jonction à l'arcade alvéolaire deviendrait le sommet d'un triangle, dont la base serait aux dernières molaires. En admettant toujours les idées de Desault, le contraire devrait être produit en refoulant les os incisifs qui, agissant à la manière d'un coin, élargiraient le sommet en rétrécissant la base ; et, dans cette hypothèse, ce seraient les dents molaires qui seraient enclavées dans la mâchoire inférieure, et non pas les bords antérieurs des mâchoires. Ces variétés, au reste, n'ont pas été observées, et comme résultat de l'opération, elles sont seulement théoriques et sans valeur.

Cependant le sujet de l'opération qui est décrite ici a eu la mâchoire enclavée !

Il existe des sujets qui apportent cette disposition en naissant, sans être atteints de bec-de-lièvre, et que l'on nomme vulgairement menton en galoche, en ganache ; selon toutes les probabilités, ce malade était dans de telles conditions.

En résumé, le refoulement par la compression n'est possible que dans le très-jeune âge, et la gêne et les douleurs qu'il détermine ne balancent pas ses résultats souvent incertains. Le refoulement violent par fracture expose à de graves accidents, et l'on ne sait pas positivement quelles ont été les suites permanentes du très-petit nombre de fois qu'il a été exécuté. Le refoulement par résection de la sous-cloison n'a pas donné des résultats immédiats très-avantageux, puisque, longtemps après l'opération, les

os étaient mobiles, que des liens en fil d'or étaient nécessaires pour les maintenir en place, et qu'aujourd'hui, deux ans après l'opération, on n'a sur ces malades aucuns renseignements certains. Enfin, répondît-il à toutes les espérances que l'on en a conçues, il ne serait applicable qu'après l'apparition des dents molaires, ce qui excluerait encore les très-jeunes enfants.

La modification de M. Debrou n'est possible que lorsque les os n'ont pas acquis de solidité; sinon, en réséquant les morceaux latéraux, on s'expose à fracturer le pédicule.

De tous ces faits, on doit conclure à l'arrachement, comme premier temps de l'opération, et à la continuation immédiate des autres manœuvres.

Opération. — Il faut d'abord détacher le lobule médian, de manière à le rendre entièrement libre : ensuite, prenant les os incisifs avec un davier, on leur imprime un mouvement de torsion, et on les arrache, en même temps que l'on coupe les quelques parties molles qui entourent ces os et les retiennent encore.

Les lambeaux de la lèvre sont successivement soulevés avec des pinces à dents, et par une dissection faite avec le bistouri, on les détache des os maxillaires, en ayant soin de porter la dissection jusque dans la fosse canine.

Il est surtout important de détacher *en totalité* les ailes et la sous-cloison du nez. C'est un des temps les plus difficiles de l'opération, parce que les tissus adhérents sont durs au point de faire penser que l'on coupe dans des cicatrices. Lorsque tous ces tissus sont complétement détachés, et lorsque ces parties molles n'opposent plus de résistance, on fait passer à travers le nez, et derrière les ailes, une longue épingle qui doit servir à relever cet organe ; deux petits morceaux de liége, posés contre les ailes, servent de point d'appui à l'aiguille, de sorte que, en la pliant contre les morceaux de liége, le nez est pressé latéralement, les surfaces internes des narines sont rapprochées, et aussitôt l'organe tout entier reprend sa saillie naturelle. On a donc obtenu, par cette première manœuvre, le redressement du nez, le rapprochement des bords de la lèvre, et, ce qui est très-important, on a créé un point d'appui fixe et solide, qui, s'opposant à l'écartement des lambeaux, les protége contre la contraction musculaire, et les garantit de toute déchirure que les fils peuvent produire.

Il faut ensuite s'occuper du lobule médian : dans ces complications si variées du bec-de-lièvre, on voit toujours, attaché aux os qui forment la saillie, un tubercule charnu, dont les dimensions variables nécessitent des modifications dans l'opération. Après en avoir ébarbé les bords libres, tout en ayant soin de lui

faire subir une perte de substance la plus petite possible, on plonge d'avant en arrière la pointe d'un petit bistouri, près de son bord inférieur, et l'on continue l'incision jusque dans la narine, d'où l'on détache le petit lambeau restant adhérent au bord inférieur. La même manœuvre est répétée sur l'autre côté, et l'on obtient ainsi deux petites languettes que l'on fait basculer de haut en bas et que l'on réunit sur la ligne médiane, où on les fixe par une suture. On a de la sorte doublé la longueur de ce lobule, qui doit former la partie moyenne de la lèvre.

Enfin on procède à l'avivement des bords des deux portions latérales de la lèvre ; puis après avoir, autant que possible, débarrassé les surfaces saignantes des caillots qui les recouvrent, on commence à passer les sutures.

Des sutures. — La suture entortillée est encore aujourd'hui généralement employée dans cette opération ; cependant, tous les chirurgiens avouent que des traces indélébiles sont les conséquences constantes de cette méthode. Non-seulement on voit pendant toute la vie la trace des trous par où les épingles ont passé, mais on ne peut le plus souvent faire disparaître les sillons creusés dans la peau par l'entrecroisement des fils : sans doute, sur toute autre région du corps, cette cicatrice a peu d'importance, mais sur la figure et sur la lèvre, il n'est pas indifférent de laisser, après une opération, le moins de traces possible. Cependant, dans certaines circonstances, lorsqu'il est nécessaire d'avoir un point d'appui très-solide, un seul point de suture entortillée devient indispensable, et pour cette opération, par exemple, c'est lorsque le bec-de-lièvre est compliqué d'un lobule médian : alors il est nécessaire de passer une épingle d'un lambeau à l'autre de la lèvre, en traversant toute l'épaisseur du lobule médian. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, il faut se résoudre à faire ce seul point de suture entortillée.

C'est à la suture entrecoupée qu'il faut donner la préference, comme méthode générale : on comprendra que les objections qui lui ont été opposées tombent aujourd'hui devant cette nouvelle opération. On reprochait à cette suture de ne pas être assez puissante pour lutter contre le tiraillement de la lèvre, et de déchirer trop facilement les tissus qu'elle étreignait : l'aiguille, passée à travers la base du nez, a créé une force qui annule la contraction des muscles de la lèvre, et qui empêche l'écartement des lambeaux ; on est donc à l'abri des déchirures si redoutées, et l'on peut, en toute assurance, se borner à l'emploi d'un simple fil. Les points de suture entrecoupée doivent être placés en plus grand nombre que les points de suture entortillée, parce que,

quelques heures après l'opération, les lambeaux s'engorgent, se gonflent, et les espaces qui restent libres entre les fils forment autant d'éminences, qui soulèvent les bords de la peau et empêchent son agglutination.

Lorsque les divers éléments constituant la lèvre sont rapprochés et maintenus par l'épingle qui a traversé le lobule médian, on peut agir avec soin, avec délicatesse, pour enlever les sutures, parce que l'on n'a plus à lutter contre l'écartement des lambeaux : c'est alors que l'on doit avoir comme but, non-seulement l'adhérence des tissus, mais encore de laisser le moins de signes possible de la restauration. Avant, donc, que de fermer le nœud de chaque fil, il faut placer immédiatement sur la peau un petit bourdonnet d'ouate sur lequel on doit fermer la ligature ; et l'on évite par cette petite précaution l'empreinte du fil sur la peau. Ces points de suture doivent être enlevés du troisième au quatrième jour : corps étrangers, ils développent dans l'épaisseur des tissus une inflammation qui peut passer à l'état de suppuration, et, malgré le traitement le plus actif, on n'est quelquefois plus le maître de maintenir cette inflammation dans les limites favorables à l'agglutination ; c'est alors que l'on voit apparaître quelques gouttelettes de pus, signalant des désordres qui se préparent profondément, et qui ne tarderont pas à se faire jour à la surface.

Les dangers auxquels sont exposés les lambeaux de la peau, lorsqu'ils ont subi des déplacements, exigent des soins persévérants, attentifs et qui doivent surtout concourir à en activer les fonctions physiologiques. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la sécrétion de cette partie de la peau est très-irrégulière, et quelquefois même elle est entièrement arrêtée : dans ce cas, il s'est formé une petite croûte grisâtre recouvrant la surface épidermoïque et empêchant toute exhalation. J'ai vu quelquefois les lambeaux dans un tel état de turgescence, qu'ils étaient bleuâtres et comme frappés d'une asphyxie locale partielle. Ce caractère de gravité exige impérieusement des mouchetures avec la pointe d'une lancette, afin d'évacuer le sang dont ils sont gorgés. C'est alors que, si l'on n'a pas de suite fait sortir le sang qui les étouffait, la période suppurative se développe, et l'on voit bientôt les sutures déchirer les tissus, l'agglutination commencée être anéantie, et s'écrouler l'édifice que l'on avait élevé au prix de tant de douleurs pour le malade, et de tant de peines et d'inquiétudes pour le chirurgien. Les lambeaux doivent être lavés avec une petite éponge trempée dans l'eau de savon, afin de détacher la pellicule grisâtre qui les recouvre : il faut

répéter ces ablutions deux ou trois fois chaque jour, et l'on voit alors les lambeaux devenir de couleur rosée, luisants comme si une légère couche de vernis les recouvrait, et enfin ils deviennent humides et ils sont humectés d'une faible sueur. Une fois cet état obtenu, on est rassuré sur leur existence.

Il est nécessaire aussi de prendre quelques précautions lorsqu'on doit enlever les fils imbibés de sang et de lymphe plastique desséchés ; ces fils, dont le volume a augmenté, sont collés solidement aux ouvertures de la peau ; de sorte que, si, pour les extraire, on se borne à couper un de leurs bouts, on compromettra la solidité de la cicatrice par les efforts qu'il faut faire pour les retirer. On évite ce danger en les mouillant ; puis on soulève avec les pinces l'anse qui recouvre la peau, et on la coupe tout près de l'ouverture afin de diminuer le plus possible le trajet à parcourir.

Les bandelettes agglutinatives, si généralement employées, doivent être repoussées de la pratique dans ce cas particulier. Elles sont inutiles, si les points de suture sont à l'abri des tiraillements des lambeaux ; et elles ne peuvent rien contre ces tiraillements, lorsque l'on n'a pas su s'en rendre maître. Lorsqu'on les enlève pour changer les pansements, elles laissent toujours sur la peau une partie de la couche emplastique, matière grasse qui adhère fortement à l'épiderme, se dessèche et forme des croûtes sous lesquelles on peut juger de l'état de la peau. Si l'on a opéré un sujet lymphatique, dont la peau est mince et transparente, on voit bientôt cette matière grasse l'irriter et provoquer le développemeut d'une inflammation particulière, dont les phases se déroulent lentement et sans symptômes alarmants. Lorsqu'on lève l'appareil, on voit des ulcérations qui ont sécrété un pus blanchâtre, en petite quantité, très-filant, et attaché à l'emplâtre que l'on vient de détacher. Ces ulcérations sont presque toujours blafardes ; elles ont les bords arrondis et sans rougeur ; elles guérissent très-difficilement et augmentent d'étendue par l'application des cataplasmes émollients. Elles ne cèdent qu'à l'acétate de plomb ou à la teinture de cantharides. Ces bandelettes, dont l'usage est consacré par le temps, sont encore employées par les chirurgiens qui en ont cependant reconnu l'abus, qui ont eu à déplorer des accidents, soit en luttant contre des érisypèles, soit en combattant les ulcérations dont elles sont l'unique cause : telle est la puissance des anciennes traditions.

Le choix des aiguilles n'est pas indifférent : on voit encore employer des aiguilles dont la pointe, très-mince, augmente de volume jusqu'à l'extrémité percée d'un large trou et armée d'un

fil. On force alors à passer dans les tissus une aiguille beaucoup plus grosse que l'ouverture qu'elle doit franchir : cette manœuvre ne peut être faite sans violence, et c'est parce qu'ils ont rencontré une grande résistance, que les opérateurs ont imaginé un instrument porte-aiguille qui permet l'emploi d'une plus grande force. Cette difficulté peut être aisément surmontée, si l'on veut employer des aiguilles, dont la pointe, terminée en fer de lance, est un peu plus large que son extrémité opposée : il sera facile alors de faire pénétrer un instrument, sans frottement, dans une ouverture égale au volume du corps qui doit la traverser. Ces aiguilles étaient déjà employées à l'époque de Desault, et l'on ne comprend pas pourquoi on les a abandonnées.

Le bandage unissant, que quelques chirurgiens appliquent encore aujourd'hui après l'opération, est inutile ; ces bandages tourmentent beaucoup les petits malades, provoquent leurs cris, et exposent les tissus à être déchirés. On a conseillé de donner des narcotiques pour apaiser les cris des petits opérés ; cette pratique est dangereuse ; les narcotiques les plus faibles peuvent être funestes ; on a vu le sirop de pavot, en petite quantité, produire des accidents cérébraux fort graves.

Une fois l'opération terminée, il faut laisser la plaie à l'air, et, autant que possible, donner le sein à l'enfant.

A quelle époque de la vie faut-il opérer ? — Un grand nombre de chirurgiens, et des plus considérables, veulent qu'on attende l'âge de quatre ou cinq ans ; d'autres pensent qu'on doit opérer beaucoup plus tôt.

Dans le très-jeune âge, la soudure des lambeaux est très-rapide, parce que les tissus sont très-riches en vaisseaux sanguins. Les enfants plus âgés deviennent mutins ; ils prévoient la douleur, la redoutent, et n'ont pas assez de vouloir pour la supporter en faveur du résultat ; l'opération est alors très-difficile à faire.

L'hémorrhagie pendant l'opération ne peut jamais être un embarras pour un opérateur ; d'ailleurs, un aide intelligent peut maîtriser le cours du sang en comprimant les artères faciales sur les branches de la mâchoire. Et quant à l'hémorrhagie après l'opération, elle n'est pas possible, si l'on a soin d'enfermer toute l'épaisseur de la lèvre dans les sutures.

La grande sécabilité des tissus est un fait imaginaire, et, ce qui le prouve, c'est que, pour couper ces tissus, les chirurgiens ont trouvé trop petits, trop faibles, les ciseaux dont on se sert communément dans la pratique, et ils ont imaginé de fort gros ciseaux, spécialement destinés à cette opération. Ces tissus ont

une si grande résistance, que, pour faire passer des épingles dans leur épaisseur, il a fallu créer un porte-aiguille, au moyen duquel la main exerce une plus grande action, et permet de les faire entrer sans les déformer.

Si les enfants sont faibles, chétifs, c'est la difficulté de les nourrir avec cette difformité qui les met dans un tel état, tandis que, l'opération étant terminée, on peut leur donner le sein, ou les nourrir au biberon. Si les enfants sont malades, il est sage, il est prudent de ne pas les opérer.

Des considérations physiologiques, des besoins d'éducation, et des exigences sociales, militent encore en faveur de l'opération immédiate : il est démontré que la réunion des lèvres agit sur les mâchoires et diminue leur écartement; les enfants qui portent cette difformité peuvent difficilement apprendre à parler. Dans une famille aisée, une telle difformité est un malheur qui frappe la mère aussi bien que l'enfant; sans cesse sa peine est ravivée par la comparaison qu'elle fait avec d'autres enfants.

Telles sont les raisons qui déterminent les partisans de l'opération immédiate à perdre le moins de temps possible.

J'ai opéré un enfant âgé de trente-huit heures : l'alimentation a pu être continuée immédiatement après. Je dois donner quelques détails sur cet enfant, parce qu'ayant rencontré une variété dans la difformité, j'ai dû modifier l'opération dans le moment même où je m'en suis aperçu en disséquant mes lambeaux.

Ce petit enfant, qui venait de naître, portait un bec-de-lièvre compliqué de la fente palatine, avec un grand écartement des os maxillaires. Le nez, largement aplati, était en partie enfoncé dans la fente du palais. Après avoir largement disséqué les lèvres et les joues, je vis que le maxillaire supérieur gauche, moins développé que celui du côté droit, avait subi un léger mouvement de torsion, de sorte que, la lèvre étant détachée, elle ne rencontrait plus un point d'appui assez solide et elle s'affaissait d'une manière assez disgracieuse pour me faire craindre un résultat fort incomplet. Je pensai de suite à ne rien sacrifier des matériaux que j'avais sous la main, et à les utiliser, en les plaçant de manière à former un bourrelet derrière la lèvre et à lui servir d'appui. Je traçai donc mes deux incisions de haut en bas, et j'arrêtai le bistouri à deux lignes du bord libre de la lèvre, de sorte que j'eus ainsi deux languettes de cinq à six lignes de largeur, et de toute l'épaisseur de la lèvre. Elles furent refoulées en arrière, et, après avoir placé la grande aiguille à travers le nez, et réuni les lambeaux à l'aide de la suture simple, je fis passer, au moyen d'une aiguille courbe, un morceau de fil qui étrei-

gnit dans son anse les deux petites languettes et les deux parties de la lèvre.

Ces deux languettes forment aujourd'hui un coussinet qui soutient la lèvre et dissimule très-bien l'absence de la saillie osseuse. Trois semaines après l'opération, on a pu constater la diminution de plus d'un tiers dans la fente palatine.

Les détails dans lesquels nous sommes entré pourront paraître superflus, minutieux, voire même inutiles, à ceux qui estiment la rapidité d'exécution comme le principal mérite d'un opérateur. C'est une grave erreur ; la chirurgie plastique, la chirurgie de conservation a d'autres exigences. Dans ces cas, ce n'est pas seulement la gêne que la difformité apporte aux fonctions, c'est son aspect disgracieux surtout, qui fait réclamer l'opération. Il faut, en outre, se bien persuader qu'il ne suffit pas de réunir les tissus séparés ; mais qu'il faut encore reconstruire un organe, et lui donner une forme la moins irrégulière possible. Lorsqu'il s'agit d'une femme, le résultat n'est certes pas indifférent ; car il peut être pour elle la cause de mécomptes qui laisseront leur empreinte sur sa vie entière. Les succès que l'on peut obtenir par les opérations plastiques sont dus autant aux pansements qu'aux procédés opératoires ; ces deux ordres de moyens sont solidaires : c'est souvent par les premiers que l'on ramène dans une meilleure position des lambeaux incomplétement attachés par l'opération. Il faut donc se sentir une grande patience pour suivre les diverses phases des nombreux pansements que ce traitement exige, et il faut renoncer à pratiquer l'autoplastie, si l'on ne peut pas se soumettre à ses impérieuses exigences.

OPHTHALMOLOGIE. — 14. *Sur un reflet lumineux de l'œil humain, et sur son application au diagnostic des maladies de la rétine et du fond de l'œil* ; par WILLIAM CUMMING.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

L'aspect lumineux des yeux des chats, des chiens, des lapins, des bœufs, des moutons et d'autres animaux, est connu depuis longtemps, et a été rapporté à la réflexion de la lumière par le tapis qu'ils offrent au fond de l'œil ; on peut en rapprocher la réflexion qui se fait dans les yeux des albinos, ou bien encore quand la rétine est le siége de dépôts morbides ou a subi d'autres altérations ; et, enfin, chez les sujets non albinos, lorsqu'il y a absence du pigmentum.

Müller, dans un paragraphe sur le développement de lumière dans les animaux supérieurs, dit :

« L'aspect lumineux des yeux de quelques animaux provient

de la réflexion de la lumière par un tapis brillant et dénué de pigmentum ; c'est pour cela que l'œil du lapin est spécialement brillant, et que les yeux de l'albinos Sachs étaient, selon ce qu'on rapporte, lumineux. Prévost a été le premier à expliquer ce phénomène ; il a montré qu'il ne se produit jamais dans une complète obscurité, qu'il ne dépend ni de la volonté ni des passions ; et qu'il est l'effet de la réflexion de la lumière projetée dans l'œil du dehors. »

Beer a décrit une réflexion particulière de l'œil qui s'observe dans quelques cas d'amaurose. L'amaurose *œil-de-chat*, selon lui, se rencontre toujours chez des sujets vieux, amaigris, à cheveux grisonnants, ou chez des sujets jeunes maladifs. Quand la vue est perdue, on aperçoit dans l'œil une opacité concave, gris-pâle, jaunâtre et luisante, ou rougeâtre et bigarrée. Dans un lieu à demi-éclairé, un œil dans cet état offre un reflet lumineux, jaunâtre ou rougeâtre, mais seulement dans certaines positions de la pupille ; c'est de là que Beer a appelé cette amaurose *œil-de-chat*. Le désordre n'est accompagné d'aucun autre phénomène morbide essentiel, excepté l'affaiblissement de la vision ou la cécité complète.

Tyrrell a fait mention d'un reflet métallique brillant, qu'on aperçoit à travers la pupille dans quelques cas d'amaurose.

« J'ai observé récemment, dit-il, que le reflet métallique existe à un degré plus ou moins prononcé dans un grand nombre de cas d'amaurose organique ; mais on le découvre rarement, à moins qu'on n'en fasse une recherche spéciale. Nous l'avons rencontré dans des cas d'amaurose incomplète, aussi bien que dans ceux où la vision était complétement perdue. Chez quelques sujets, il y avait eu des mouches et des bluettes ou étincelles, indice d'une affection de la choroïde ou de la rétine ; mais chez d'autres, la vision s'était abolie par degrés, sans symptômes particuliers ni douleur. »

Ces citations montrent bien des cas dans lesquels on a observé un reflet dans le fond de l'œil humain ; mais il n'y est nullement question d'un reflet de ce genre dans des yeux humains sains et bien conformés ; et je n'ai trouvé ni ouï citer aucun auteur qui ait rien décrit de semblable. L'objet de ce Mémoire est de faire voir que l'œil de l'homme, dans l'état sain, est aussi lumineux, ou à peu de chose près, que l'œil du chat, du chien, etc., quand on l'observe dans des circonstances favorables, et de montrer comment la présence ou l'absence de cette *luminosité* peut servir au diagnostic des altérations de la rétine et du fond de l'œil.

Le reflet du fond de l'œil humain peut être constaté de la manière suivante :

Placez le sujet à la distance de dix ou douze pieds d'un bec de gaz ou d'une autre lumière brillante, en sorte que les rayons lumineux lui arrivent directement sur la face ; tous les rayons passant sur les côtés de la tête doivent être interceptés par un écran placé à égale distance de la lumière et de l'œil soumis à l'examen. Si la réflexion est vive et brillante, on l'apercevra à l'instant d'un point situé entre la lumière et l'écran.

Les observations suivantes ont été faites dans deux chambres, dans l'une desquelles était un bec de gaz, l'autre étant complétement obscure. Le sujet était placé dans la chambre obscure, à cinq pieds d'une porte demi-fermée qui s'ouvrait dans cette chambre ; il faisait face à la lumière, située de même à quatre ou cinq pieds de la porte.

La manifestation de la réflexion était, dans la plupart des cas, extrêmement brillante, lorsqu'on se plaçait pour l'observer entre la porte et la lumière. Dans quelques cas, elle apparaissait aussi promptement avec la porte largement ouverte ; dans d'autres, on ne l'apercevait qu'avec une grande difficulté, et seulement avec la précaution d'intercepter soigneusement tous les rayons qui tombaient sur les côtés de l'iris, avec la porte d'un côté et la main ou un livre de l'autre. Le reflet était toujours plus facile à voir et plus brillant quand l'œil était tourné un peu de côté, de façon que les rayons lumineux traversassent obliquement la pupille. Si l'observateur passait de l'autre côté de la porte, la difficulté était plus grande ; et il était alors nécessaire de faire tourner l'œil de côté, et d'intercepter avec la main tous les rayons, hormis ceux qui arrivaient directement à l'œil. Avec cette précaution, le reflet peut être vu distinctement à une distance de huit pouces.

Dans la majorité des cas, toutefois, on peut l'apercevoir de la manière suivante :

Placez le sujet assis ou debout à huit ou dix pieds d'un bec de gaz, et qu'il regarde un peu de côté ; l'observateur, debout près de la lumière, n'a qu'à s'approcher aussi près que possible de la ligne directe allant du bec de gaz à l'œil, pour apercevoir à l'instant le reflet. Ou bien, dans une chambre obscure, une bougie étant placée à quatre ou cinq pieds de l'œil, il suffira, dans beaucoup de cas, de s'approcher de la ligne directe allant de l'un à l'autre pour voir immédiatement le reflet. Enfin, si l'on admet la lumière solaire dans une chambre obscure à travers un volet presque fermé, le sujet se tenant debout à cinq ou six pieds de

l'ouverture, l'observateur occupant la position déjà indiquée, la luminosité pourra encore être aperçue, pourvu que la pupille soit convenablement dilatée.

Telles sont donc les conditions nécessaires pour apercevoir le reflet lumineux : 1° que l'œil soit à quelque distance de la source de la lumière, et à une distance qui augmente en proportion de l'intensité de la lumière ; 2° que les rayons lumineux répandus autour du sujet (et quelquefois autour de l'œil même) soient interceptés ; 3° que l'observateur soit placé aussi près que possible de la ligne directement étendue de la lumière à l'œil examiné ; de là, en certains cas, pour l'observateur, la nécessité de se pencher obliquement, afin que son œil se rapproche le plus de cette ligne.

Le reflet lui-même ne varie pas seulement beaucoup en couleur et en intensité selon les sujets, mais aussi selon les conditions dans lesquelles on le recherche, savoir : l'intensité plus ou moins grande de la lumière, la position de l'œil examiné, et la distance à laquelle on l'observe.

Quand la réflexion se fait sous l'influence d'une lumière faible, comme celle d'une bougie ou d'une petite quantité de rayons solaires, on observe une lueur d'un rouge sombre, procédant évidemment du fond de l'œil, et qui, bien que non distinctement concave, apporte toutefois une idée de concavité. Le caractère du reflet, ainsi obtenu par une faible lumière à la distance de deux ou trois pieds, est très-uniforme, et ne présente pas de notables variétés de couleur.

Quand l'œil reçoit les rayons d'une lumière vive et éclatante, à dix pieds de distance, et que l'observateur se place près de la lumière, la réflexion est alors extrêmement brillante, et présente un éclat métallique qui varie de la nuance de l'argent ou de l'or à une teinte rouge décidée ; cette dernière est la plus ordinaire. Le reflet, vu à cette distance, éprouve quelquefois un changement distinct, passant subitement de la teinte cuivre ou rouge à la teinte de l'argent ; ce qui résulte parfois d'un léger mouvement de l'œil, mais ce qui arrive aussi assez souvent sans aucun mouvement appréciable.

Bien que le reflet soit plus facile à voir à travers une pupille dilatée, son éclat ne dépend point de cette circonstance. Sur deux yeux ayant des pupilles d'un égal diamètre, l'intensité de la réflexion varie souvent beaucoup. Dans un cas où le reflet paraissait fort obscur, et où la pupille était étroite, on instilla de l'atropine dans l'œil ; et, bien que la luminosité eût augmenté d'étendue, elle garda toujours la même teinte obscure. La plus

grande facilité que l'on éprouve à apercevoir le reflet, quand l'œil est dirigé un peu en dehors de la lumière, paraît dépendre de l'élargissement plus considérable de la pupille.

En approchant à quelques pouces de l'œil, le reflet cesse d'être aperçu, attendu que, avant que notre œil puisse arriver dans la ligne des rayons réfléchis, les rayons incidents se trouvent interceptés. En plaçant devant l'œil examiné une carte noire avec une ouverture de l'étendue de l'iris, on observe que l'intensité du reflet est un peu diminuée.

Sur les yeux dont le cristallin avait été extrait, la réflexion avait été indistincte à une certaine distance; on la rendait un peu plus nette à l'aide d'une lentille bi-convexe placée devant l'œil examiné; mais. à deux ou trois pieds de distance, le reflet était aussi sensible que sur les yeux munis de leur cristallin.

Parmi les cas que j'ai examinés, j'ai noté indistinctement les caractères de la luminosité sur vingt sujets jouissant d'une bonne vue sous tous les rapports, et dont l'âge variait de six mois à soixante ans. Dans seize cas, le reflet était clair et très-évident; dans quatre cas, faible et difficile à apercevoir; une fois même on ne l'aperçut pas du tout; dans ce dernier cas, les pupilles demeuraient étroites dans l'obscurité. Si ces faits sont confirmés par d'autres observateurs, on pourra en conclure que tout œil, doué d'une pupille convenablement ouverte, doit présenter cette réflexion lumineuse dans l'état normal.

Après avoir ainsi exposé le caractère de cette réflexion et la manière de la constater, recherchons son origine et sa cause.

La rétine sur l'œil vivant est un milieu parfaitement transparent, en contact avec la choroïde et le corps vitré. La transparence de la rétine, toutefois, n'est pas une preuve qu'elle ne réfléchisse pas elle-même plusieurs des rayons lumineux qui viennent se peindre sur elle, bien qu'elle livre passage au plus grand nombre; la transparence d'un tissu étant tout à fait conciliable avec une réflexion considérable, bien que repoussant l'absorption des rayons lumineux; et cette réflexion serait encore favorisée par la position de la choroïde. La formation des images sur la rétine, reconnue de tout le monde, est la meilleure preuve de son pouvoir réflecteur.

D'après ces considérations, attendu l'existence d'un plexus vasculaire formant la couche antérieure de la rétine, la choroïde avec son pigment me paraissant d'ailleurs trop noire pour donner lieu à une telle réflexion, ma première impression fut que la rétine était la surface réfléchissante.

Toutefois, M. Bowman m'ayant fait penser qu'il était plus

probable que la choroïde avec son pigment était l'agent réflecteur, je cherchai à m'en assurer par quelques expériences. On connaît du reste la couleur brune-rougeâtre du pigment de la choroïde : M. Hunter a clairement et complétement indiqué les variétés de couleur plus ou moins foncée de ce pigment. Entièrement ou presque entièrement absent chez l'albinos, il offre une légère teinte brune ou fauve chez les sujets blonds ; tandis que, chez les sujets de complexion brune, il est noir en proportion, semblant ainsi s'accorder avec la coloration du réseau muqueux sous-cutané, et se montrant toujours plus noir chez les mulâtres et chez les nègres.

Le brillant du reflet lumineux dans les yeux sains semble être en proportion de la couleur plus claire du pigment. Ce reflet est si évident, chez l'albinos, qu'à la lumière ordinaire du jour les pupilles présentent un aspect rougeâtre. En plaçant un albinos adulte à dix ou douze pieds d'un bec de gaz, la réflexion fut extrêmement vive et d'une couleur plus rouge que de coutume ; la lumière transmise entre la choroïde et l'iris augmentait évidemment l'effet. En plaçant tout près de l'œil une carte noire percée d'un trou un peu plus grand que la pupille, la réflexion était à peine plus brillante que celle de l'œil d'un sujet blond examiné obliquement, mais elle était d'une couleur rouge plus décidée.

Chez les sujets blonds à iris bleus ou gris, le reflet est généralement plus brillant et plus facile à apercevoir que chez ceux à peau brune et à iris noir. Chez le mulâtre, il est également sombre ; mais ici, comme chez les sujets de complexion brune, on voit souvent un reflet argenté, dû très-probablement à la rétine. Chez l'albinos, la réflexion produite par la choroïde vasculaire est plus brillante et d'une teinte plus claire ; et, en proportion de la noirceur du pigment, elle diminue d'éclat et prend une teinte plus sombre.

On exposa à une lumière concentrée, à l'aide d'une lentille, le segment postérieur d'un œil muni du pigment brun ordinaire, et l'on observa un reflet rouge-brunâtre d'un éclat métallique.

En expérimentant sur un œil détaché, le côté du nerf optique tourné vers la lumière, et en regardant à travers la pupille, j'ai trouvé que la lumière traversait la choroïde avec une couleur rouge brillante, précisément semblable à celle qui est réfléchie pendant la vie. Sur sept autres yeux, tirés de différents sujets, la choroïde laissa passer cette même lumière rouge. Ces expériences, sur des yeux pris au hasard, ne laissent aucun doute que ce soit là un phénomène commun à l'œil humain. Quelques

mois auparavant, mon ami, M. Dixon, m'avait montré un œil sur lequel s'apercevait le même phénomène ; mais, alors, nous avions supposé que c'était un cas exceptionnel.

C'est là, selon moi, la meilleure preuve que la réflexion est produite par la choroïde et son pigment, c'est-à-dire cette ressemblance exacte des rayons qui la traversent avec la lumière réfléchie. Mais, tout en considérant la choroïde comme la principale surface réfléchissante, il n'est pas douteux que la lumière renvoyée par la rétine et la concavité du corps hyaloïde doit en accroître l'effet.

Je n'ai pu voir, cependant, la luminosité dans les yeux après la mort ; mais la non-injection de la choroïde et la perte de la transparence de la rétine rendent suffisamment compte de ce résultat.

La réflexion, par ces surfaces, doit aussi considérablement augmenter d'éclat par l'influence de la forme concave de la rétine, qui sert à concentrer les rayons et la distance focale du cristallin.

Le fait d'un reflet dans l'œil humain à l'état normal, semblable au reflet des yeux des animaux, est un point surtout important comme fournissant un nouveau moyen d'exploration du fond de l'œil. La rétine et la choroïde étant restées jusqu'ici hors de la portée de nos regards pendant la vie, et d'une autre part, leurs affections n'entraînant point la mort et n'offrant ainsi que peu d'occasions de les constater à l'autopsie, la pathologie de ces deux membranes demeure donc entourée d'une grande incertitude ; mais, l'existence du reflet lumineux bien reconnue, son absence ou son aspect anormal pourra nous servir à découvrir des altérations de tissu ignorées jusqu'à présent, ou à constater, d'une manière satisfaisante, des affections que nous ne faisions que soupçonner. La pupille dilatée avec de l'atropine, nous avons là un moyen de reconnaître, dans tous les cas, la condition de la rétine et de la choroïde. Les explorations que j'ai faites de cette manière ont confirmé l'impression générale que la rétine est rarement le siége d'altérations dans l'amaurose ; car, sur plusieurs cas d'amaurose qui, par la transparence de la cornée, du cristallin et des humeurs permettaient ce mode d'examen, je n'en ai trouvé que deux dans lesquels la rétine était tellement altérée, que la réflexion n'était pas aperçue. Mais, avant de rapporter ces observations, je ferai quelques remarques sur l'affection désignée sous le nom d'amaurose *œil-de-chat*.

La recherche du reflet lumineux normal nous rendra plus claire l'intelligence des notions insuffisantes et quelque peu contradictoires que nous possédons sur cette amaurose.

Décrite pour la première fois par Beer, et, après lui, par d'autres ophthalmologistes, c'est, de l'aveu de tous, une affection rare et équivoque ; et les écrivains qui en ont traité ne s'accordent, ni sur l'apparence du reflet, ni sur la marche de la maladie, ni sur les symptômes qui l'accompagnent, ni sur l'âge auquel elle apparaît.

Selon Beer :

« Une opacité gris-pâle ou jaune-blanchâtre, quelquefois avec un rayonnement rougeâtre à une certaine lumière, se développe dans le fond du globe, loin de la pupille; la vue n'est pas simplement affaiblie, mais dans le sens le plus étroit, elle est confuse ; tous les objets, particulièrement ceux de petit volume, semblent se précipiter l'un sur l'autre quand le patient tente de fixer attentivement quelque chose. A mesure que l'affection fait des progrès, le fond de l'œil devient plus clair et plus visible, et la couleur de l'iris plus pâle ; cette dernière altération est particulièrement sensible dans les yeux noirs. Quand la vision est complétement éteinte, on peut distinguer, par une inspection attentive de la pupille, un fin réseau vasculaire par-dessus l'opacité, lequel paraît être la ramification ordinaire de l'artère centrale de la rétine, rendue visible sur le fond opale et brillant du globe oculaire. L'œil ainsi affecté, quand on le regarde dans certaines directions, offre un aspect lumineux jaunâtre ou rougeâtre dans l'obscurité, ressemblant, jusqu'à un certain point, à celui des chats ; ce qui fait que je lui en ai donné le nom. »

Après une lecture attentive de ce passage de Beer, et de la description de l'amaurose *œil-de-chat* par d'autres ophthalmologistes, j'incline à croire que l'on a confondu sous le même nom deux choses fort distinctes.

Disons d'abord que, dans la majorité des cas, c'est la luminosité normale de l'œil qui a été observée. Quand Beer dit que l'œil, vu dans certaines directions, présente, dans l'obscurité, un aspect jaunâtre ou rougeâtre ressemblant aux yeux des chats, il décrit précisément l'aspect de l'œil sain dans certaines positions ; la pupille dilatée, et la lumière tombant sur l'œil dans une certaine direction ; et le dessin qu'il donne de cette affection correspond précisément au reflet que l'on observe à la distance de deux ou trois pieds. Le passage de Tyrrell, que j'ai cité plus haut, concorde non-seulement pour l'aspect du reflet; mais encore les circonstances dans lesquelles il l'a observé sont également nécessaires pour apercevoir le reflet normal. Quiconque lira son observation 90, et aura observé le reflet d'un œil sain, demeurera convaincu qu'il s'agit d'un seul et même phénomène.

La première fois que j'aperçus ce reflet lumineux naturel, je crus avoir affaire à une amaurose *œil-de-chat*, tant il se rapportait à la description des auteurs; poursuivant mes recherches, je trouvai qu'il existait dans tous les yeux sains, quand la pupille était dilatée. Il semble donc que, dans la plupart des cas, on n'ait observé rien autre chose que la luminosité normale; et il n'est nullement étrange qu'elle n'ait été vue que dans des cas d'amaurose, attendu que, dans les cas de ce genre, on se livre à un examen de l'œil bien plus minutieux; la pupille est généralement dilatée; et, enfin, si l'amaurose dure depuis longtemps, elle a pu entraîner l'absorption ou la non-sécrétion du pigment; seulement, alors, le reflet lumineux aura été associé aux autres symptômes. Un auteur dit qu'il s'observe dans le jeune âge; un autre dit dans la vieillesse.

Je dirai, en second lieu, qu'on a confondu avec ces sortes de cas une autre classe de maladies. Ainsi, Beer dit que, *quand la vision est complétement éteinte, on peut distinguer, par une inspection attentive de la pupille, un fin réseau vasculaire par-dessus l'opacité, ou le fond opale et brillant du globe oculaire.* Les observations de M. Lawrence concordent avec cette description. Dans quelques cas, on apercevait des vaisseaux rouges, et on pouvait distinctement délimiter le bord de la surface réflectrice. La facilité avec laquelle on aperçoit ce reflet, la présence de vaisseaux dilatés, l'existence d'un bord limité à la surface réflectrice, sont autant de signes qui distinguent largement ces cas des premiers; et ce sont là, suivant toute probabilité, des cas de dépôt de lymphe dans la rétine. M. Tyrrell en a donné un exemple, dans son obs. 90, mais sans la rapporter à l'amaurose *œil-de-chat*. Tandis, donc, que ces derniers cas permettent de conclure avec évidence à une altération dans la rétine ou la choroïde, dans les premiers cas, la présence de la luminosité normale est la preuve que ces membranes sont saines. Si cette conclusion est exacte, le mystère que présente l'amaurose *œil-de-chat* s'évanouit; et l'on a confondu, sous ce nom, deux ordres de faits: les uns, dans lesquels, l'amaurose étant due à une lésion cérébrale ou à d'autres causes, la rétine et la choroïde restent saines, et renvoient le reflet normal: les autres, dans lesquels il s'est fait un dépôt de lymphe ou d'autres substances dans la rétine ou à son voisinage. Il suit de là, manifestement, que la présence d'une simple luminosité dans l'œil n'est, en aucun cas, un signe d'altération de l'organe. Il faudra, avant tout, avoir appris à connaître le reflet normal, ses modifications à différentes lumières et en diverses positions, comme aussi à diverses périodes de la vie, et chez les

sujets blonds ou bruns; alors, soit que l'on découvre une altération dans ce reflet (et l'on y sera aidé, dans beaucoup de cas, par la comparaison avec l'autre œil), soit que l'on signale son absence complète, on en tirera un moyen de diagnostic dans les affections de la rétine et de la choroïde.

Pour mieux montrer la valeur de ce moyen dans le diagnostic des altérations de la rétine, je rapporterai quelques cas intéressants recueillis à l'Hôpital ophthalmique de Londres.

Obs. I. — Amelia Flemming, âgée de 57 ans, avait souffert, depuis plusieurs années, de ce qu'elle appelait un rhumatisme de la tête, sans avoir jamais eu d'attaques de goutte. Depuis peu, sa santé et ses forces s'étaient beaucoup améliorées. Ayant été exposée à l'humidité, elle aperçut de nombreux points noirs et des étincelles brillantes, mais seulement, dit-elle, de l'œil gauche, et seulement aussi dans la moitié nasale du champ de la vision. Point d'étourdissements, ni de céphalalgie extraordinaire. Lorsqu'elle vint à l'hôpital, trois semaines après la première apparition de ces symptômes, voici quel était l'état de la vision avec l'œil gauche, l'axe de cet œil dirigé droit en avant.

La main (comme tout autre objet) n'était nullement aperçue quand on la présentait au côté nasal de la cornée; en la portant transversalement au côté temporal, elle était immédiatement reconnue, et, dans cette position, une impression en gros caractères donnait seulement la sensation de lignes noires. Les pupilles étaient égales et petites. On instilla de l'atropine dans la conjonctive de l'œil gauche; la pupille se dilata bien; et les yeux, examinés alors de la manière indiquée plus haut, offrirent un reflet dans les conditions suivantes :

Si la malade regardait en avant, l'œil gauche ne renvoyait qu'une petite lumière, moindre que l'œil droit, dont, cependant, la pupille n'était pas dilatée. Si elle regardait à droite, de manière à offrir à l'observateur le côté droit de la rétine, le reflet avait son éclat accoutumé, et était égal dans les deux yeux ; si elle regardait à gauche, on ne distinguait dans l'œil aucun reflet, tandis que celui de l'œil droit offrait son éclat ordinaire.

Cette observation fut faite sans que j'eusse été averti du côté où la vision était conservée. La probabilité était, dans ce cas, qu'il y avait une affection de la rétine; mais il n'y avait pas d'autre signe auquel on pût se fier, sauf le récit de la malade touchant les étincelles qu'elle apercevait. Les pupilles étaient également noires; l'œil avait son aspect normal. Notre mode d'examen mit hors de doute que la moitié gauche de la rétine avait subi une altération considérable, et probablement perdu sa

faculté de transmettre au cerveau la sensation des rayons lumineux.

Obs. II.—John O..., âgé de 42 ans, ouvrier en soie, d'une constitution ni bonne ni mauvaise, mais d'un aspect cachectique et épuisé, avait eu, il y a trois ans et demi, une syphilis primitive, suivie de symptômes secondaires : par suite il avait éprouvé une violente inflammation de l'œil droit, pour laquelle le mercure avait été administré; et il avait recouvré la vue assez pour pouvoir lire. Un an après, apparurent, devant ce même œil, de larges points noirs suivis d'étincelles brillantes, soit dans le jour, soit dans l'obscurité ; du reste, sans aucune douleur. La vision se perdit rapidement, et ne s'est pas améliorée depuis; tout ce qu'il peut faire est de distinguer une lumière éclatante ; cependant, quand on lui présente un objet très-écarté à droite et presque hors du champ de la vision, il l'aperçoit en partie. Les pupilles sont claires, noires, et se dilatent facilement. Le cristallin est complétement transparent.

Le reflet de la rétine gauche était parfait et brillant à une distance de quelques pieds ; aucun reflet ne put être aperçu dans l'œil droit. En approchant davantage et regardant très-attentivement dans cet œil, après l'avoir fait tourner du côté du nez, on observa en arrière de l'iris un point lumineux, correspondant à la seule partie du champ de la vision qui eût gardé la faculté de distinguer un objet.

Obs. III.—Thomas P..., âgé de 29 ans, charretier, reçut un coup de la main sur l'œil droit et le bord de l'orbite. En se couchant, dix minutes après, la paupière supérieure se gonfla et ferma l'œil ; il appliqua une sangsue, le gonflement diminua, et il recouvra la vision entière de cet œil. Cet accident lui était arrivé le mercredi 11 février. Dans la nuit du vendredi, il fut pris d'une douleur intense avec gonflement des paupières; l'œil fut fermé de nouveau ; la douleur devint excessive, siégeant exclusivement dans l'orbite, et sans s'accompagner d'étincelles. On eut recours à la saignée et aux sangsues; une ouverture fut faite à la paupière supérieure et donna issue au pus. La guérison complète se faisant attendre, il vint à l'Hôpital ophthalmique de Londres. La douleur était alors entièrement disparue; l'œil faisait une forte saillie en avant et la vision était absolument perdue.

Le 12 mars, l'œil avait repris sa position normale et jouissait de tous ses mouvements. L'iris droit était immobile quand l'œil droit était seul exposé à la lumière; mais il se mouvait librement, quand on présentait la lumière à l'œil gauche. La

pupille était claire et noire. La flamme la plus vive ne déterminait pas la moindre perception.

Il était fort intéressant de rechercher, dans ce cas, la cause de cette perte totale de sensation dans la rétine. Si elle eût été déterminée uniquement par la commotion de cette membrane, elle se serait montrée à l'instant même; elle semblait donc dépendre de l'inflammation consécutive qui aurait altéré la rétine et aboli ses fonctions, ou de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite qui aurait compris le nerf optique, et l'aurait assez endommagé pour empêcher totalement la transmission de l'influence nerveuse de la rétine saine. L'absence d'étincelles et de douleurs circum-orbitaires ne permettait pas d'admettre une inflammation de la rétine; et l'examen de l'œil, à la manière indiquée, acheva de démontrer qu'il ne s'agissait de rien de semblable. En effet, le reflet fut trouvé extrêmement brillant dans les deux yeux, et autant dans l'un que dans l'autre, preuve évidente que la rétine et le corps vitré se trouvaient dans leur état normal. La seule explication qui restât était donc que le nerf optique lui-même avait été compris dans l'inflammation.

Obs. IV. — P. P..., âgé de 27 ans, manœuvre, avait eu, il y a deux ans, une violente inflammation des deux yeux, sans que la vision en fût affectée. Mais, après sa guérison, la vue commença à décliner peu à peu, sans aucune douleur de tête, et sans apparition d'étincelles brillantes devant les yeux. Aujourd'hui, il peut seulement distinguer la lumière de l'obscurité; les pupilles sont irrégulières, et de légères opacités sur les deux cornées témoignent d'une inflammation antécédente dans la portion antérieure du globe oculaire. Les deux rétines offrent un reflet d'un éclat accoutumé.

Dans la première et la seconde observation, l'absence du reflet lumineux était la preuve d'une altération dans l'œil. On peut attribuer ce résultat à diverses causes : une altération étendue dans la choroïde; des dépôts de matière noire dans son tissu, ou une oblitération de ses vaisseaux; une légère perte de transparence dans la rétine, qui échapperait à l'autopsie, attendu la teinte opaline que cette membrane acquiert toujours peu de temps après la mort; et c'est là la lésion qui, dans ces deux cas, paraît le plus probable.

L'observation IV est un exemple de ces amauroses cérébrales, dans lesquelles les yeux gardent complétement leur reflet.

---

15. *Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite;* par le docteur Isidore Poullain, chirurgien-major de 1re classe à l'Hôpital militaire de Lyon, membre correspondant de la Société de médecine de la même ville.

(Suite et fin : *voir* t. XI, novembre 1847, p. 179.)

(Journal de Médecine de Lyon, décembre 1847.)

Le succès des injections dépend donc de la manière dont elles sont faites, ou, pour mieux dire, de l'*époque* à laquelle on les fait. En les employant dès le début de la blenno-uréthrite, on est presque sûr d'enrayer la maladie et de faire avorter l'inflammation, quel que soit son degré d'intensité. Elles réussissent également pendant toute la durée de l'état aigu, et je ne connais pas de meilleur moyen pour calmer promptement ces douleurs brûlantes que le malade éprouve en urinant, et ces érections continuelles non moins douloureuses qui l'empêchent de fermer l'œil le jour comme la nuit. Tous ces accidents, quelque violents qu'ils soient, cèdent comme par enchantement à l'usage des injections, et, loin de les contre-indiquer, ils doivent engager à y recourir avec hardiesse et sans la moindre crainte. C'est ainsi que j'ai arrêté et que j'arrête encore tous les jours une foule de blennorrhagies, sans qu'il en résulte aucune espèce de danger pour les malades.

La nature ou la composition de l'injection n'est pas non plus indifférente. Voici celle qui m'a le mieux réussi, et qu'on trouvera sous mon nom dans tous les formulaires de médecine, bien qu'elle ne soit qu'une modification de celle dont Bell se servait en pareil cas :

Sulfate de zinc.	1 gramme.
Dissolvez dans :	
Eau distillée.	320 grammes.
Ajoutez :	
Sous-acétate de plomb liq. . . .	20 gouttes.
Laudanum de Sydenham.	4 grammes.
m. s. a.	

Dans les premiers temps que je me servais de cette injection, je n'y ajoutais pas de laudanum ; mais cette addition m'a paru nécessaire, sans savoir au juste si l'opium agit ici comme sédatif ou comme astringent (1).

(1) L'injection dont je viens de parler a été remplacée, dans ces derniers temps, par l'injection caustique au nitrate d'argent, à la dose de 6 décigrammes et même de 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée. Conseillée pour la première fois par *Carmichaël*, elle a été tout récemment remise en honneur par un de nos confrères, M. le docteur Debeney, qui prétend en avoir obtenu de très-prompts et très-heureux résultats dans le traitement de la blenno-uréthrite aiguë. Je l'ai moi-même employée avec assez de succès dans certains écoulements rebelles, mais elle ne convient pas toujours dans la forme aiguë,

On fait usage de cette injection aussitôt qu'on s'aperçoit d'un léger picotement, d'un peu de rougeur et d'un commencement de suintement à l'orifice du canal. Le plus tôt vaut le mieux. On s'injecte trois fois par jour, et trois jets à chaque fois, en ayant soin d'agiter la fiole qui contient le liquide, et de retenir ce dernier une demi-minute dans le canal au moyen d'une légère pression exercée sur les côtés de son orifice. Le plus souvent, la douleur et l'inflammation avortent au bout de vingt-quatre heures au plus tard, du deuxième au troisième jour, et les malades, étonnés d'une cure aussi prompte, sont tentés de croire qu'ils n'ont eu qu'un simple *échauffement*. Il n'en faut pas moins continuer les injections, tout en en diminuant le nombre, et on ne doit les cesser que lorsque l'écoulement est devenu moins abondant, presque *clair*, ce qui arrive ordinairement du cinquième au dixième jour. On peut alors abandonner la maladie à elle-même ; car, à supposer que l'écoulement persiste, on en viendra facilement à bout à l'aide de cette autre injection :

Bi-chlorure de mercure. . . . . 2 centigrammes.
Dissolvez dans :
Eau distillée. . . . . 120 grammes.

On ne fait que deux injections par jour, une le matin et une autre le soir, en ayant soin de se servir d'une seringue en verre (1).

J'ai déjà dit que les injections convenaient à toutes les époques de la période aiguë (2) : il ne faudrait donc pas y renoncer si l'on ne s'y était pas pris à temps, et s'en laisser imposer par la violence des symptômes aigus, qu'elles font promptement disparaître. Elles réussissent le mieux pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'invasion : on peut néanmoins y recourir le quinzième, le vingtième et même le vingt-cinquième jour ; mais elles ont un succès moins prompt et moins efficace à cette époque de la maladie, et leur emploi, quoique sans danger, ne parvient pas toujours à tarir complétement l'écoulement. Il est nécessaire

et je lui préfère beaucoup l'injection astringente dont j'ai donné plus haut la formule. On aurait tort, néanmoins, de la rejeter entièrement, et l'on peut y recourir *sans crainte* dans certaines formes de la blenno-uréthrite, malgré l'avis contraire du docteur *Venot*, de Bordeaux.

(1) Cette injection m'a souvent réussi, et je la dois à M. le docteur Magaud, qui en obtient tous les jours de fort bons résultats dans sa pratique particulière. (Voyez son *Traité de la blennorrhée*, chez Savy jeune, place Louis-le-Grand, 14. — Lyon, 1847.)

(2) Je ne connais qu'un seul cas où les injections soient contre-indiquées : c'est celui où il existe simultanément un engorgement du testicule (chaude-pisse tombée dans les bourses). Il faut d'abord traiter cet engorgement, et ne faire les injections qu'après sa disparition complète.

alors d'en seconder l'usage par celui des balsamiques pris à l'intérieur, tel que le baume de copahu, le poivre cubèbe, etc.

Ce traitement si simple et si peu dispendieux n'assujettit à aucun régime; il suffit seulement de se priver de vin, de café, de liqueurs fortes, et de se mettre à l'usage d'une boisson rafraîchissante nitrée. Je l'ai employé sur un nombre considérable de malades atteints de blenno-uréthrite aiguë, et sa durée moyenne, à part quelques cas rares, n'a jamais dépassé quinze jours ; souvent la guérison a eu lieu du cinquième au dixième, quelquefois même plus tôt.

Quand les injections sont faites trop tardivement, et sur le déclin de la période aiguë, l'écoulement persiste quelquefois sous cette forme, à laquelle on a donné le nom de *suintement* ou de *goutte militaire*.

Le suintement présente plusieurs variétés importantes à connaître. Je l'ai étudié avec soin sous toutes ses formes, et, d'après les observations que j'ai faites sur un assez grand nombre de malades, il me paraît tenir à quatre états différents de la membrane muqueuse uréthrale :

1° A un simple état de faiblesse ou de relâchement local ;

2° A une ulcération superficielle et plus ou moins circonscrite ;

3° A l'existence d'un *chancre larvé;*

4° Enfin, à un commencement de rétrécissement, ou à un rétrécissement déjà existant.

La première variété est la plus commune et la moins grave : elle succède d'ordinaire à une blenno-uréthrite aiguë qu'on a traitée, dans le principe, par les antiphlogistiques et les adoucissants, et que l'on a entretenue, pendant un temps plus ou moins long, à l'aide des boissons diurétiques. Ce suintement tient évidemment à un état d'atonie des vaisseaux exhalants de l'urèthre, qui, d'abord surexcités pendant l'état aigu et comme fatigués de cette action hypersécrétante, ont fini par perdre, à la longue, une partie de leur tonicité habituelle. C'est à ce défaut de ton, ou, si vous l'aimez mieux, à cette faiblesse relative qu'il faut attribuer la sécrétion anormale dont ils sont encore actuellement le siége, et qui constitue le suintement qui nous occupe. Ce qui le prouve, c'est le bon résultat qu'on obtient dans ce cas des injections plutôt *toniques* qu'astringentes dont l'emploi est alors indiqué, et qui ont la propriété de ranimer l'action languissante de ces mêmes vaisseaux. Je me sers le plus habituellement, en pareille circonstance, du vin aromatique, soit pur, soit coupé avec moitié eau. On peut aussi employer l'eau froide, dans laquelle on ajoute un sixième d'alcool. Les lotions froides sur la verge et le

scrotum m'ont aussi, en pareil cas, réussi comme les bains de siége froid.

Le suintement dont je viens de parler existe toujours sans douleur, soit que le malade urine, soit qu'il entre en érection ou qu'on lui introduise une sonde dans l'urèthre. La matière sécrétée qui le constitue varie en couleur et en consistance, suivant le traitement antérieurement employé : elle est opaque, laiteuse ou jaunâtre, si l'écoulement a été abandonné à lui-même ou traité par les adoucissants, ce qui revient à peu près au même ; claire, transparente et comme muqueuse, si l'on a fait usage des injections. Contagieuse dans le premier cas, elle ne l'est jamais dans le second, et c'est un avantage de plus de la méthode abortive.

Si cette première variété du suintement persiste un temps plus ou moins long, le point de la muqueuse uréthrale qui le fournit finit par *s'excorier*, et cette ulcération, qui constitue la seconde variété, est toujours facile à reconnaître au changement de couleur de l'écoulement, qui, de clair et transparent qu'il était, devient d'un *blanc sale* et comme sanguinolent. Lorsque le malade urine, il éprouve de plus une assez forte cuisson dans la partie excoriée, cuisson qui se change en douleur si l'on introduit une sonde dans la vessie. Il est aussi tourmenté par des érections nocturnes.

Les injections toniques et astringentes ont ici peu d'avantage, et je leur préfère celles dans lesquelles le nitrate d'argent entre à la dose de cinq ou dix centigrammes pour trente grammes d'eau distillée. On fait une seule injection par jour. On peut aussi recourir avec succès à la cautérisation de la partie malade à l'aide du nitrate d'argent solide, ou encore mieux à la pommade caustique suivante dont j'ai obtenu alors de fort bons résultats :

Axonge.	15	grammes.
Nitrate d'argent. . .	2	—

On introduit dans l'urèthre, à trois pouces environ de profondeur, une bougie enduite de cette pommade, et on l'y laisse pendant une minute. On fait deux cautérisations par jour. Je dois dire cependant que le suintement, après avoir disparu pendant quelques jours, revient avec la plus grande facilité et après le moindre excès. Il convient alors d'appliquer un large vésicatoire à la partie supérieure et interne de la cuisse : cet exutoire, entretenu pendant quinze jours et même un mois, manque rarement de tarir complétement l'écoulement.

La troisième variété du suintement tient, comme je l'ai déjà dit, à l'existence d'un chancre larvé ou uréthral, chancre encore contesté par beaucoup d'observateurs, mais qui n'en est pas moins

démontré pour moi, quoique très-rare et assez difficile à constater. Outre les preuves que j'ai apportées plus haut à l'appui de son existence, voici deux faits qui me paraissent la mettre hors de doute.

Obs. I. — Un pénitencier entra dans mon service pour une blennorrhée dont l'invasion remontait à huit mois, et qui fut traitée dans le principe par les antiphlogistiques, et *beaucoup plus tard* par des injections astringentes et irritantes de toute espèce. L'écoulement diminua sous l'influence de ces différents moyens et se transforma à la longue en un léger suintement, qui n'eût pas nécessité l'envoi du malade à l'hôpital, sans la douleur extrêmement vive que celui-ci éprouvait en urinant. Lui-même m'indiquait l'endroit douloureux de l'urèthre, et la pression qu'on y exerçait avec le doigt, au-dessous du canal, était toujours sensible. Il en était de même des érections qui le tourmentaient continuellement, surtout la nuit. Le point douloureux, constamment indiqué par le malade, se trouvait à une profondeur d'environ dix centimètres, comme j'eus occasion de le constater plusieurs fois par l'introduction de la sonde qui, parvenue à cette profondeur, devenait à peine supportable, et donnait toujours lieu à la sortie de quelques gouttes de sang pur. Elle arrivait, du reste, assez facilement dans la vessie, preuve qu'il n'existait pas de rétrécissement. Je crus d'abord que j'avais affaire à une simple ulcération de la muqueuse uréthrale, et je dirigeai le traitement en conséquence ; mais ni les injections avec le nitrate d'argent, ni la cautérisation avec ce sel solide, ne parvinrent à diminuer l'écoulement. Il en fut de même de l'application d'un large vésicatoire à la cuisse, dont on entretint la suppuration pendant un mois. Tous ces moyens échouèrent. Une fois seulement, le suintement cessa pendant deux jours, aussi bien que la douleur en urinant. Soupçonnant alors qu'il pourrait bien exister un chancre dans le canal, je fis subir au malade un traitement par la liqueur de Van Swiéten, secondé par l'usage d'une boisson sudorifique, et au bout de trente-six jours, ce prisonnier fut complétement guéri de son suintement.

Obs. II. — Un officier supérieur vint me consulter pour un suintement dont l'origine remontait à plus d'un an, et qui lui était resté à la suite d'une blenno-uréthrite qu'on avait laissée *couler* pendant deux ou trois mois, sans autre traitement que le régime, l'usage des grands bains et celui des boissons adoucissantes. Ce suintement se manifestait tous les matins, à l'orifice de l'urèthre, par quelques gouttes d'une matière jaunâtre, épaisse et comme crêmeuse. A part un peu de cuisson que le

malade éprouvait en urinant, il n'accusait du reste, à cette époque, aucune douleur dans le canal.

Désirant néanmoins se débarrasser d'une pareille incommodité, il fut mis à l'usage du baume de copahu, du poivre cubèbe et des capsules de Mothes. Ces différents remèdes, continués pendant un mois, n'amenèrent aucun changement en mieux, et, l'estomac s'en trouvant fatigué, on les abandonna pour en venir à l'usage des injections astringentes. Celle dont on fit choix était, je crois, composée d'eau de rose et de sulfate de zinc; elle ne fit qu'accroître les accidents, et au bout de six jours de son emploi, on fut obligé de la suspendre. La légère cuisson que le malade éprouvait en urinant se changea bientôt en douleur, et cette douleur, il la rapportait plus particulièrement à la région prostatique. Une sonde introduite dans la vessie y pénétra assez difficilement, et l'introduction en fut si douloureuse qu'on fut obligé de la retenir aussitôt. Une demi-cuillerée de sang environ s'écoula par l'urèthre à la suite de cette petite opération.

Effrayé de tout ce qui arrivait, le malade pria son médecin de lui faire une application de vingt-cinq sangsues au périnée, et cette nouvelle médication, secondée par les bains de siége, le soulagea beaucoup. Mais ce soulagement ne fut que momentané; la douleur de la région prostatique se réveilla, surtout pendant l'émission des urines, qui était très-pénible et s'effectuait par jets souvent interrompus. Convaincu qu'il avait un rétrécissement, cet officier se décida à aller consulter à Paris un très-habile chirurgien, qui s'occupe spécialement des maladies des voies urinaires, et qui le traita, pendant plus de trois mois, à l'aide des bougies et de la cautérisation. Ces moyens eurent un succès marqué : l'urine finit par couler librement; la douleur disparut aussi bien que le suintement, et le malade, qui se crut radicalement guéri, ne tarda pas à quitter Paris dans un état de santé très-satisfaisant.

Un mois environ après son retour en province, et à la suite d'un léger excès de table, il s'aperçut qu'il urinait difficilement et avec douleur, et que les dernières gouttes d'urine étaient légèrement sanguinolentes. Sa chemise était marquée par quelques taches de la même couleur. Craignant, avec raison, une rechute qui n'était que trop réelle, ce fut alors que cet officier vint me demander des conseils pour une affection qui, me disait-il, faisait le tourment de sa vie et dérangeait tous ses projets d'avenir.

Après qu'il m'eut fait le récit de sa maladie, tel qu'on vient de le lire, je lui proposai de le sonder de nouveau pour m'assurer autant que possible de la nature et du siége du mal. La sonde

en gomme élastique dont je me servis pénétra avec la plus grande facilité jusqu'à la région prostatique; mais, une fois là, elle développa une douleur extrêmement aiguë, ce qui ne m'empêcha pas de la pousser jusque dans la vessie, et cela sans trop d'efforts. Je la retirai immédiatement, et sa sortie fut suivie d'un écoulement sanguin assez considérable. Persuadé qu'il n'y avait encore qu'un commencement de rétrécissement, et que la partie explorée du canal était peut-être le siége d'un chancre *larvé*, j'engageai le malade à se soumettre à l'usage d'un traitement mercuriel, ce qu'il accepta avec empressement. Il prit, matin et soir, environ une cuillerée à café de la liqueur de Van Swiéten, et cette dose fractionnée, continuée pendant quarante jours, ne fatigua nullement l'estomac, quoique secondée par l'usage d'une boisson sudorifique et d'un régime approprié.

Ce ne fut que sur la fin du traitement, c'est-à-dire du trentième au quarantième jour, qu'on s'aperçut d'une légère amélioration. La douleur, en urinant, était moins vive, et le suintement presque entièrement tari; mais l'urine sortait plus difficilement que jamais, et il fallait beaucoup d'efforts pour la faire jaillir au dehors : elle s'échappait alors en jet très-fin, qui se divisait parfois en deux branches séparées et contournées en spirale. Pensant que la portion malade du canal pourrait bien être actuellement le siége d'un rétrécissement, je voulus m'en assurer de nouveau par l'introduction de la sonde, que j'eus, cette fois-ci, toutes les peines du monde à faire pénétrer dans la vessie. Brusquement arrêtée dans la région prostatique, il me fallut beaucoup de temps et de patience pour lui faire franchir l'obstacle qui s'opposait à son passage. J'y parvins néanmoins, et sans trop faire souffrir le malade.

Cette nouvelle exploration ne me laissa aucun doute sur la nature du rétrécissement, qui provenait, selon moi, de la présence d'un ou de plusieurs boutons charnus qui s'étaient formés en même temps que la cicatrisation du chancre antérieurement existant (1). Je me décidai à le cautériser avec le nitrate d'argent,

(1) Cette explication peut paraître hasardée, quoique conforme aux idées de Desault, qui s'exprime ainsi en parlant des rétrécissements de l'urèthre occasionnés par des brides : « Ces rétrécissements paraissent formés *par les cicatrices d'anciens ulcères du canal.* » (Journal de Desault, t. II). — Bell émet à peu près la même opinion : « Souvent, dit cet auteur, la membrane de l'urèthre *se relâche* dans les longues gonorrhées, et il s'y forme dans différents « endroits *des excroissances fongueuses*. Ces excroissances obstruent non-seulement le passage, mais, leur mollesse et leur saniosité augmentant à la « longue, elles finissent par *s'ulcérer* et fournir une très-grande quantité de « matière. » (Bell, *Traité de la gonorrhée virulente*, t. I, p. 58). Seulement Bell prend ici l'effet pour la cause ; car les végétations dont il parle, loin de *précéder*

et ce moyen, déjà employé avec succès à Paris, et qui aurait probablement empêché le mal de se reproduire s'il eût été en même temps secondé par un traitement mercuriel, ne tarda pas à rétablir la liberté du canal et celle des urines. Cinq cautérisations pratiquées avec soin dans l'espace de vingt jours, à l'aide du porte-caustique de Ducamp, suffirent pour lever l'obstacle, et, huit jours après la dernière, le malade urinait à plein canal et sans éprouver la moindre douleur.

Cette cure date de quatre ans, et cet officier, qui s'est marié depuis, n'a pas eu la moindre rechute.

Quelques conséquences qu'on tire de cette observation et de celle qui la précède, on sera bien forcé de convenir que la portion prostatique de la muqueuse uréthrale était gravement compromise, et que la nature du mal se rapprochait beaucoup de celle du chancre, à en juger du moins par les bons effets du traitement mercuriel employé dans l'un et l'autre cas.

Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, qu'on a eu à se louer de l'emploi du mercure dans le traitemant de certaines blennorrhagies chroniques qui avaient résisté à tous les autres moyens. Les auteurs en rapportent plusieurs exemples, et c'est même ce qui les a autorisés à regarder cette affection comme syphilitique. Mais j'ai déjà fait sentir le vide d'une pareille opinion, et je persiste à croire que l'opiniâtreté de ces différents écoulements tenait à l'existence d'un chancre larvé qui aura été avantageusement modifié par l'usage du mercure.

La guérison du chancre uréthral est toujours très-longue et très-difficile à obtenir, à cause du passage de l'urine. Voyez ceux qui ont leur siége dans le méat urinaire, ou au pourtour de l'orifice de l'urèthre; ils sont des mois à se cicatriser, quelques précautions qu'on prenne pour les mettre à l'abri du contact de l'urine. J'ai eu plusieurs fois dans mon service des malades atteints de pareils ulcères qui avaient rongé tout le bout du gland, et tous ces malades ont rarement séjourné moins de trois mois à l'hôpital, tant ces ulcères ont de peine à se cicatriser.

On me demandera sans doute à quels signes on pourra reconnaître qu'il existe un chancre dans le canal? J'avoue franchement que le diagnostic n'en est pas toujours facile; mais je crois, d'un autre côté, qu'on parviendra à l'établir d'une manière assez certaine en remontant aux circonstances commémoratives, et surtout en tenant compte de quelques accidents qui manquent dans la plupart des suintements ordinaires.

l'ulcère, lui succèdent presque toujours, et sont évidemment le résultat d'une cicatrisation vicieuse et imparfaite de ce même ulcère.

Je dois mettre en première ligne la douleur *presque constante* que les malades accusent dans un des points du canal, douleur qui augmente en urinant et dont le siége est toujours facile à constater, soit par la pression extérieure, soit par l'introduction de la sonde. Viennent ensuite les érections, qui sont quelquefois aussi fréquentes et aussi douloureuses que dans l'état aigu de la blenno-uréthrite. La nature et la couleur du suintement peuvent aussi nous mettre sur la voie : la matière qui le constitue est comme *sanieuse* ou purulente, quelquefois sanguinolente, rarement épaisse et transparente(1) ; enfin il arrive très-souvent, lorsque le malade a fini d'uriner, que les dernières gouttes d'urine sont mêlées de sang, quelquefois même il rend du sang pur.

Lorsque tous ces signes sont réunis et que le suintement a résisté avec opiniâtreté aux médications les plus rationnelles et les mieux indiquées, il existe un chancre dans l'intérieur du canal, et il est prudent (même en cas de doute) de recourir à l'usage d'un traitement mercuriel.

Je passe à la quatrième variété du suintement, que j'ai dit dépendre d'un commencement de rétrécissement ou même d'un rétrécissement déjà formé. Le suintement n'étant ici, comme dans le cas précédent , que secondaire et l'effet d'une affection beaucoup plus grave, on conçoit que c'est moins lui qu'il s'agit de traiter que le rétrécissement qui en est la source.

L'urèthre se rétrécit de deux manières à la suite des affections vénériennes. Il est quelquefois obstrué dans un ou plusieurs points de son étendue par des espèces de végétations ou excroissances charnues qui paraissent la suite d'anciens ulcères, dont la cicatrisation ne s'est point faite uniformément, et qui ont beaucoup de ressemblance avec les boutons charnus qui s'élèvent fréquemment à la surface des plaies. Ces petites carnosités, que j'ai rencontrées plusieurs fois sur le cadavre, sont le plus souvent arrondies en forme de tête, quelquefois oblongues comme des espèces de *crêtes* ou d'arrêtes, dont la direction est parallèle ou transversale à celle de l'urèthre. Dans le dernier cas, on peut les considérer comme de véritables *brides* qui, sans mettre un obstacle considérable à l'écoulement des urines, n'en sont pas moins un sujet d'inquiétude pour les malades. Si l'on explore ces différentes excroissances avec la sonde, elles saignent avec la

(1) Si l'inoculation de cette matière était suivie de l'apparition de la pustule caractéristique, l'existence du chancre larvé ne serait plus douteuse pour personne. Je regrette que ma position d'officier de santé militaire ne m'ait pas permis de faire cette expérience.

plus grande facilité, et c'est même ce qui les fait particulièrement reconnaître.

Cette première espèce de rétrécissement n'est ni la plus commune ni la plus dangereuse, et il est toujours facile d'en venir à bout à l'aide de la cautérisation. La liberté du canal une fois rétablie, il est indispensable de soumettre le malade à l'usage d'un traitement mercuriel.

Le plus ordinairement, le suintement habituel est dû à un rétrécissement d'une autre nature, qui s'est formé d'une manière presque insensible et dont le malade ne s'est aperçu qu'à la longue, à la diminution graduelle du jet de l'urine. Le canal n'est plus le siége, ici, d'aucune excroissance ou végétation ; il est tout simplement rétréci et comme *étranglé* dans un point de son étendue, quelquefois même dans plusieurs points à la fois, et cette seconde espèce de rétrécissement, qui est la plus ordinaire, tient presque toujours à un épaississement de la muqueuse uréthrale. Nul doute que cet épaississement ne soit la conséquence d'un reste de phlegmasie chronique qui s'est terminé par induration.

C'est ordinairement au-devant de la région prostatique, et quelquefois près du col de la vessie, que ces rétrécissements existent. Ils sont rarement très-douloureux, à moins pourtant que l'écoulement de l'urine ne soit très-gêné, et que sa sortie n'exige beaucoup d'efforts de la part du malade. Si l'on introduit une sonde dans le canal, elle ne franchit que très-difficilement l'obstacle ou le point rétréci, et ce n'est qu'à force de tentatives et d'adresse qu'on parvient à la pousser dans la vessie. Il faut alors recourir aux bougies, et, bien que leur introduction présente quelquefois autant de difficultés que celle des sondes, il est rare qu'une main exercée ne parvienne pas à les faire pénétrer jusque dans la poche urinaire ; quand une fois on en a fait passer une, fût-elle d'un très-petit calibre, il est facile d'en substituer une plus grosse, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit arrivé au numéro voulu.

Le traitement par les bougies est le seul qui convienne dans l'espèce de rétrécissement dont je viens de parler, et c'est à tort qu'on a voulu le remplacer par la cautérisation, qui n'a pas ici le même succès que dans la première espèce. Il vaut mieux s'en tenir à l'usage des bougies, dont on augmente graduellement le diamètre, et qui suffisent presque toujours ; mais il est indispensable de les laisser à demeure un temps plus ou moins long et de n'en cesser l'emploi que le plus tard possible, faute de quoi la maladie ne tarde pas à reparaître.

Si le rétrécissement était très-ancien et que le point induré

de la muqueuse uréthrale fût comme *fibro-cartilagineux*, ce qui se voit quelquefois, l'emploi seul des bougies ne suffirait plus pour lever l'obstacle, et il faudrait alors recourir à une méthode spéciale de traitement dont je ne dois pas m'occuper ici. Je dépasserais, en effet, le but que je me suis proposé, si je parlais plus longuement des différents accidents qui sont si souvent la suite de blenno-uréthrites mal traitées. Tout en faisant sentir leur gravité, j'ai dû seulement les indiquer, aussi bien que les moyens curatifs qu'ils réclament, et insister particulièrement sur le traitement de la blenno-uréthrite *aiguë* par la méthode *abortive*, méthode qui me paraît la plus avantageuse et la meilleure pour les prévenir. Je fais donc des vœux pour que mes nombreux collègues des hôpitaux et des régiments s'empressent de la vérifier, persuadé qu'ils en obtiendront les mêmes avantages que moi.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 16. *Considérations médico-légales sur l'asphyxie*; par le docteur HENRI BAYARD.

(Annales d'Hygiène publique et de médecine légale, janvier 1848.)

Quelques personnes, peu versées dans l'étude de la médecine légale, ont témoigné leur étonnement que les rédacteurs de ce recueil ne publiassent pas plus souvent des *mémoires originaux* sur cette branche de la science. Lorsque l'on possède des connaissances étendues sur toutes les questions qui font l'objet d'études médico-légales, on reconnaît que c'est d'après l'observation des faits nombreux soumis à l'appréciation des experts, que l'on peut déduire quelques règles générales propres à guider les médecins. Il n'en est pas pour la médecine légale comme pour d'autres parties de la science, où certaines idées théoriques, qui ont pris naissance et ont été développées dans le silence du cabinet, peuvent être présentées comme des préceptes faisant loi. Ne sait-on pas que la médecine légale n'est que l'application des connaissances médicales aux faits sur lesquels la justice a besoin d'être éclairée? Ce sera donc toujours dans l'exposé authentique, complet, des expertises judiciaires, que l'on puisera les indications générales propres à diriger les médecins dans cette pratique si délicate et si importante par ses conséquences.

Pénétré de cette opinion, et convaincu qu'il est avantageux de publier les cas graves qui ont provoqué des expertises médico-

légales, j'ai fait paraître depuis plusieurs années un assez grand nombre d'observations pouvant servir de point de comparaison à des faits semblables. C'est dans le rapprochement de ces faits et de ceux qui surgiront plus tard, que l'on pourra quelque jour puiser des enseignements propres à être érigés en préceptes.

L'*asphyxie* peut résulter de causes si diverses, que ce genre de mort offre souvent beaucoup de difficultés dans son appréciation, et qu'il est nécessaire de ne pas se laisser influencer par les circonstances au milieu desquelles la mort a paru survenir. Les médecins experts ne sauraient apporter trop de soins dans l'examen cadavérique extérieur, qui ne peut être complété que par l'autopsie. L'observation suivante est une démonstration évidente de la justesse de mes réflexions.

Femme septuagénaire trouvée morte dans son lit, et présentant des traces de brûlures. — Supposition de mort accidentelle. — Signes de compression sur la bouche et les narines. — Asphyxie par suffocation. — Brûlures faites après la mort.

La dame Dalke, âgée de soixante-dix ans, occupait seule un petit logement, et n'avait à son service qu'une femme de ménage qui s'éloignait chaque soir. Le 22 décembre 1846, on la trouva morte dans son lit. Il n'y avait ni feu, ni fumée, mais on ressentait dans la chambre une odeur très-désagréable. Les jalousies et les rideaux de la fenêtre et de l'alcove étaient fermés.

On constata que le corps de la dame Dalke reposait dans une alcove, sur un lit en fer dont les matelas, les draps, les oreillers et les couvertures paraissaient n'avoir subi aucun dérangement; elle était étendue sur le dos, la tête appuyée sur les deux oreillers superposés; les jambes, rapprochées l'une de l'autre, étaient dirigées obliquement vers le fond de l'alcove, et fléchies sur le bord du lit. Le haut des bras était placé près du corps; la main droite, les doigts fléchis, était posée sur la poitrine; la main gauche, contractée, était inclinée vers la face. La position du corps, des membres, l'état du lit, annonçaient que la personne ainsi couchée n'avait dû faire aucun mouvement. Cependant, du côté de la ruelle, le lit avait subi les atteintes du feu; le matelas de dessus était brûlé tout le long du dossier du lit et au point où il était en contact immédiat avec une claie en osier placée pour soulever les matelas et les oreillers. Cette claie était presque entièrement consumée, et une deuxième claie, placée au-dessous, n'avait été atteinte que superficiellement. Le haut des oreillers était également brûlé. Les traces laissées par le feu formaient une ligne demi-circulaire à partir de l'extrémité droite du dos-

sier du lit, et se prolongeaient dans la ruelle jusque vers le milieu du lit. La laine du premier matelas était carbonisée, tandis que celle du second était à peine atteinte ; enfin les draps n'étaient brûlés que vers le côté gauche le long de la ruelle.

On supposa d'abord que la dame Dalke avait péri accidentellement, et qu'elle avait été asphyxiée par la fumée qui s'était dégagée pendant la combustion des matelas. Des débris d'une allumette à demi consumée avaient été trouvés près du lit, et l'on pensa qu'elle avait été l'occasion de l'incendie.

Toutefois, l'autorité judiciaire voulut éclaircir toutes les circonstances de la mort de la dame Dalke, et je fus chargé, avec M. le docteur Coqueret, de procéder à l'autopsie.

Le rapport suivant contient tous les détails de nos recherches.

Le corps qui nous est représenté est dans un état de parfaite conservation ; la raideur cadavérique persiste, quoique la mort remonte à plus de cinquante heures. Les avant-bras sont fléchis au-devant de la poitrine, et la main gauche est dirigée vers la face. Les matelas et les couvertures, qui avaient été déplacés, ont été rétablis, autant que possible, dans la situation où ils étaient au moment de la découverte de la mort de la veuve Dalke. Nous constatons que le corps est recouvert d'une chemise en coton et d'un gilet de laine dont les manches et le côté gauche ont été brûlés ; toutes les autres parties de ces vêtements sont intactes.

Les cheveux, les sourcils, les cils, n'offrent pas de traces de brûlure ; il n'ont pas même été roussis ; la paupiére supérieure de l'œil gauche est ecchymosée, et du sang est épanché le long du bord inférieur, depuis l'angle externe jusqu'à l'angle interne ; dans ce point il y a une contusion légère. Sur la joue gauche, en dehors de la pommette, nous remarquons trois excoriations linéaires intéressant l'épaisseur de la peau, dirigées obliquement de dedans en dehors, de haut en bas, et parallèles entre elles ; elles sont séparées par un espace de 13 millimètres environ. L'excoriation supérieure est longue de 15 millimètres ; la seconde, de 2 centimètres ; la troisième, de 25 millimètres. Il n'y pas eu de sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-jacent. Par leur aspect et leur forme, ces excoriations ont l'apparence de celles qui sont produites par l'impression prolongée des ongles et par leur glissement sur la peau. Au niveau de la troisième excoriation, la peau a été desséchée et parcheminée dans une étendue de 2 centimètres ; un peu au-dessous, elle a été jaunie par la fumée.

La langue fait saillie entre les dents, les lèvres sont ecchymosées ; la membrane muqueuse est excoriée transversalement. Le

bord de la narine droite et la cloison du nez sont ecchymosés; la nuance violacée de ces ecchymoses est très-différente du parcheminement de la peau dans les parties qui ont été le siége de brûlures. Nous constatons que le duvet et les poils qui couvrent la lèvre supérieure, l'ouverture des narines et le menton, n'ont pas été grillés, roussis ni brûlés.

Le bras, l'avant-bras et la main gauche sont couverts de brûlures à différents degrés. Les phlyctènes sont sèches, peu développées, et le bord des brûlures est pâle sans rougeur. Cette absence de coloration est très-notable. Depuis la clavicule gauche jusqu'à la hanche, les parties latérales de la poitrine et de l'abdomen sont le siége de brûlures à différents degrés. Les bords sont pâles, sans rougeur, et il n'y a pas de phlyctènes humides.

Il n'existe pas de traces de violence ni de brûlures sur les autres parties du corps.

L'examen de la tête ne fait reconnaître aucune contusion, ni aucune plaie; les os sont intacts. Les membranes du cerveau sont très-congestionnées; il en est de même de la substance cérébrale, qui est piquetée et sablée, mais il n'y a pas eu d'hémorrhagie dans la substance elle-même, ni dans les ventricules.

La dissection minutieuse des lèvres et du bord des narines nous fait constater une infiltration de sang dans le tissu cellulaire, dans les points correspondants aux ecchymoses qne nous avons déjà signalées; leur caractère prouve qu'elles ne résultent pas de l'approche ou du contact d'un corps en ignition, mais bien d'une pression violente et continue exercée pendant la vie sur la bouche et les narines.

Il n'y a pas de traces de violence sur le cou et sur la poitrine.

La surface interne de la trachée-artère est d'un rouge-brun; elle est remplie ainsi que les bronches d'une écume blanche et sanguinolente, à bulles fines. Le tissu pulmonaire est gorgé de sang liquide; il y a des ecchymoses sous-pleurales. Le cœur renferme du sang non coagulé et très-fluide.

L'estomac est distendu par des matières alimentaires dont la digestion était à peine commencée au moment de la mort. On distingue parfaitement des débris de viande, d'herbage, qui n'ont pas encore subi de dissolution stomacale. La masse alimentaire est peu humide, et ayant égard à toutes ces circonstances, il est possible d'évaluer approximativement à une heure au moins, et à trois au plus, la durée du séjour des aliments dans l'estomac, si l'on applique à ce cas particulier ce que l'on observe habituellement chez les individus en bonne santé; cet organe, ainsi que

les intestins, ne présentaient aucun indice de lésion organique ancienne ou récente.

Si l'on suppose que la veuve Dalke était couchée et endormie lorsque le feu a pris à son lit, il est possible qu'elle ait été surprise par la fumée et les gaz qui se dégageaient abondamment. L'asphyxie aurait été alors très-rapide, il n'y aurait pas eu de mouvement ni de dérangement des draps; mais alors le feu aurait commencé sous les oreillers et à la droite du lit, de manière à ne pas atteindre le bras et le côté gauche du corps; on comprend que, s'il en eût été autrement, la douleur vive ressentie par la veuve Dalke l'eût reveillée, qu'elle se serait agitée et aurait essayé de sortir de son lit; mais comment alors expliquer les ecchymoses que nous avons constatées sur la bouche et les narines? En effet, si l'asphyxie a été subite, la veuve Dalke n'a pas pu se comprimer la bouche, et si l'asphyxie a été lente, elle se serait donc étouffée elle-même. Il est d'observation, au contraire, que les individus qui éprouvent les premiers symptômes d'une asphyxie cherchent par tous les moyens à se procurer l'air qui leur manque.

Nous sommes donc amenés à conclure que l'asphyxie a eu lieu par suffocation exercée sur la bouche et les narines, par une main étrangère.

Si la dame Dalke avait été vivante au moment de l'incendie, les brûlures eussent été peu étendues, car la douleur l'aurait portée à sortir de son lit et à s'en éloigner, tandis que nous avons constaté des brûlures sur le bras et tout le côté gauche, depuis la clavicule jusqu'à la hanche; en outre, les parties brûlées ne présentent pas sur leurs bords la coloration vive, qui est la conséquence du contact des corps en ignition pendant la vie; enfin, les couvertures et les draps n'avaient pas été dérangés. De l'ensemble de ces faits, nous pensons : Que le feu a pris d'abord à la droite du lit, qu'il s'est étendu à gauche en consumant le clayon d'osier, et que ce n'est qu'après avoir atteint la ruelle du lit, que les draps se sont enflammés et ont occasionné les brûlures sur le côté gauche du corps de la dame Dalke.

De tout ce qui précède, nous concluons :

1° Que la mort de la veuve Dalke est le résultat d'une asphyxie;

2° Qu'en raison des ecchymoses observées sur les lèvres, les narines et sur l'œil gauche, ainsi que des excoriations sur la joue gauche, nous sommes portés à admettre qu'il y a eu asphyxie par suffocation, et que celle-ci résultait d'une compression exercée par une main étrangère sur la bouche et les narines;

3° Que les brûlures ont été faites après la mort ;

4° Qu'il appartiendra aux investigations de la justice, soit de confirmer les présomptions que nous émettons sur un crime, soit d'établir que l'asphyxie de la dame Dalke et les traces de violence observées ont été déterminées par un concours de circonstances fortuites et accidentelles.

Une longue instruction a eu lieu sur cet attentat ; la disparition de la presque totalité des valeurs d'or et d'argent, que possédait la dame Dalke, confirma les présomptions d'un crime, et six accusés furent traduits aux assises : deux ont été condamnés comme auteurs du meurtre, deux autres comme complices des vols (9 septembre 1847).

Les aveux de la principale accusée ont établi de la manière la plus positive l'exactitude des conclusions du rapport d'autopsie. Selon ses déclarations, la dame Dalke avait été surprise dans son lit, étouffée avec les mains, et on avait mis le feu au lit pour simuler un incendie accidentel et effacer les traces du meurtre commis deux heures après le repas de la victime.

Réflexions. — Si je n'avais eu égard qu'au fait de combustion des matelas et au dégagement considérable de fumée qui avait dû en résulter, il est probable que j'aurais été entraîné par les préventions des personnes qui n'attribuaient la mort de la dame Dalke qu'à une cause accidentelle ; mais la constatation de traces de violences sur la face, l'étendue des brûlures et la pâleur de leurs bords, me firent présumer à l'instant que l'asphyxie par le gaz pouvait être étrangère à la mort.

Les détails fournis par l'autopsie confirmèrent cette opinion; ainsi, la présence d'écume sanguinolente dans la trachée et les bronches, les ecchymoses sous-pleurales, indiquaient qu'il y avait eu des efforts violents d'expansion pulmonaire ; la liquidité remarquable du sang, sa non-coagulation dans les cavités du cœur, prouvaient que la mort avait été très-rapide, presque subite.

Ce n'étaient pas les phénomènes cadavériques que l'on aurait trouvés, s'il y avait eu une asphyxie déterminée par la fumée et les gaz dégagés pendant la combustion lente de laines, de plumes et d'osier.

Enfin, les autres remarques sur l'état du lit et sur l'immobilité du corps, pendant qu'il était soumis aux atteintes du feu, augmentaient les présomptions d'un crime, et faisaient soupçonner les moyens employés pour le commettre.

Je ne saurais donc trop appeler l'attention des médecins experts sur *toutes les circonstances* du fait soumis à leurs recherches,

puisque c'est dans leur examen minutieux qu'ils pourront trouver la solution *vraie* du problème, souvent très-obscur, qu'ils ont à résoudre.

On en trouvera un second exemple dans le cas suivant.

Supposition d'un suicide tenté par le mari et la femme. — Asphyxie de la femme. — Ivresse du mari. — Accusation d'assassinat. — Condamnation.

Les époux Godin dirigeaient un commerce d'épicerie à Paris et étaient gênés dans leurs affaires. Le 15 janvier 1847, ils ne parurent pas le matin à l'heure ordinaire dans leur magasin ; l'un des cmployés se décida à frapper à la porte de leur chambre, et Godin *lui ayant crié d'entrer*, il aperçut, *à la clarté d'une lampe carcel qui brûlait encore, une poêle en fonte remplie de charbon consumé, un grand bocal contenant de l'esprit-de-vin et un verre* à *boire.* Godin *ordonna* à son commis d'aller chercher son frère. Les voisins, prévenus de ces circonstances, accoururent, et on trouva la femme Godin couchée prés de son mari, et morte depuis plusieurs heures. Un médecin fut appelé ; il donna des soins au sieur Godin, dont *il attribua l'état de malaise à un commencement d'asphyxie par le charbon, et peut-être aussi à l'alcool.*

Le sieur Godin déclara qu'il y avait eu un projet de suicide concerté entre sa femme et lui, et que c'était involontairement qu'il n'avait pas succombé. Il avait, dit-il, préparé le réchaud de charbon pendant que sa femme, qui n'avait rien pris de la journée, mangeait du pain et du fromage. Tous deux se sont occupés de fermer la cheminée et la porte, puis ils se sont couchés, laissant leur lampe allumée. Bientôt la femme se plaignit d'étourdissements; *lui-même, à son tour, s'est trouvé mal ; mais vers deux heures du matin, étant revenu à lui, il a trouvé sa femme morte et froide, le réchaud éteint, et alors il s'est levé, et, éclairé par la lampe qui avait continué à brûler, il est allé prendre dans sa boutique un bocal d'esprit-de-vin, et en a bu trois grands verres dans le but de se donner plus promptement la mort.*

La femme Godin, âgée de vingt-deux ans, avait succombé à l'asphyxie par le charbon : il n'y avait aucune trace de violence qui permît d'admettre une autre cause de mort violente. L'autopsie, à laquelle je fus chargé de procéder avec M. le docteur Bonnassies, nous en fournit les preuves. Mais les circonstances de cette tentative de double suicide parurent si invraisemblables aux magistrats, qu'ils ne négligèrent aucune recherche pour s'éclairer. MM. Lassaigne, professeur à l'école d'Alfort, Charpentier et moi, nous fûmes commis à l'effet de nous livrer à

des expériences toutes spéciales, dans le but de vérifier la possibilité des assertions du sieur Godin.

Je reproduis le texte de ce rapport, qui résume nos réponses aux trois questions qui nous avaient été posées.

Nous nous sommes rendus dans l'ancien domicile du nommé Godin. Nous y avons trouvé M. le juge d'instruction, qui, en présence de l'inculpé Godin, avait fait replacer dans la chambre, où était morte asphyxiée la femme Godin, une partie des meubles qui en composaient l'ameublement. M. le juge d'instruction nous donna connaissance des trois questions suivantes :

1° « Dans la chambre à coucher, la poêle saisie comme pièce « à conviction étant remplie de charbon enflammé en quantité « parfaitement analogue, et la lampe, saisie comme pièce à con- « viction, étant allumée et placée à l'endroit où elle se trouvait « le 15 janvier dernier ; cette lampe doit-elle s'éteindre ? Combien de temps restera-t-elle allumée ?

2° « Est-il vraisemblable que, dans des conditions d'asphyxie « partielle Godin ait pu, ainsi qu'il le déclare, sortir de la « chambre avec sa lampe, se tenir sur le tiroir ouvert de la « montre vitrée, atteindre le bocal au troisième rayon, puis ren- « trer dans sa chambre à coucher, tenant d'une main le bocal « et de l'autre la lampe ?

3° « Existe-t-il quelque analogie entre les effets produits par « l'asphyxie, et les conditions morbides où peut se trouver « un individu, après l'ingestion de trois grands verres d'esprit- « de-vin ? »

Après avoir prêté entre les mains de ce magistrat le serment prescrit par la loi, nous avons procédé immédiatement aux expériences ayant pour but de s'assurer si la lampe carcel qui, selon la déclaration du sieur Godin, était restée allumée pendant toute la nuit, pouvait en effet se conserver allumée pendant trois heures, au milieu d'une atmosphère rendue impropre à la vie par la combustion du charbon.

Après avoir pris toutes les précautions nécessaires de fermeture, en présence du sieur Godin que nous avons souvent questionné pour nous replacer aussi exactement que possible dans les conditions où l'événement était arrivé, nous avons fait apporter le réchaud en fonte qu'il avait employé, et nous l'avons invité à le mettre à l'endroit où il avait été placé par lui, entre le mur et le lit sur lequel sa femme était morte. Ayant fait venir un décalitre de charbon de bois et un peu de braise allumée, nous avons demandé à l'inculpé qu'il chargeât lui-même le réchaud, en y mettant la quantité de charbon qu'il se rappelait y

avoir introduite. La portière qui, la veille de cet événement, avait aperçu Godin dans sa cuisine, allumant son réchaud rempli de charbon, interpellée sur la quantité de charbon allumé qu'elle avait vue, déclara qu'il y en avait actuellement moins, et sur cette observation, le sieur Godin ajouta plusieurs morceaux de charbon l'un après l'autre, de manière à remplir la capacité du réchaud. Le volume du charbon restant dans la mesure nous fit connaître qu'il était entré dans le réchaud un demi-décalitre de charbon environ.

Cette première disposition prise, on remplit devant nous la lampe carcel qui contient 480 grammes d'huile. Après l'avoir allumée, nous la plaçames sur la table de la cheminée à la prussienne, à l'endroit où le sieur Godin indiqua qu'elle avait été posée. Trois chandelles allumées furent placées, la première sur l'appui de l'une des fenêtres, vis à vis de la porte; l'autre à terre, près de la base de la cheminée à la prussienne; et la troisième à 40 centimètres du plafond de la chambre, au-dessus du chambranle d'une armoire pratiquée dans le mur et près du tuyau recourbé de la cheminée.

Nous invitâmes le sieur Godin à disposer lui-même, au bas de la porte, un torchon roulé comme il l'avait fait le jour de l'événement. Afin d'examiner tout à la fois la combustion du charbon dans le réchaud et la flamme de la lampe, nous fîmes d'abord pratiquer un trou d'un centimètre dans la porte, et nous y appliquâmes, à l'aide de bandes de papier collé, un morceau de vitre. Afin de voir tout à la fois la bougie placée à *terre* et celle située *près du plafond*, nous perçâmes un second trou à peu de distance du premier, et nous le tînmes fermé avec un bouchon de liége. Nous avons noté ce qui se passait, soit à l'égard du foyer de charbon, soit à l'égard de la flamme de la lampe et des autres lumières. Pendant toute la durée de notre expérience, l'inculpé Godin a pu constater lui-même les résultats suivants :

La porte de la chambre avait été fermée à *trois heures vingt minutes*. La lampe brûlait avec éclat. La hauteur de la flamme ne tarda pas à baisser, et à trois heures quarante minutes, elle était diminuée de moitié.

Le bord circulaire de la mèche se noircit vers quatre heures vingt minutes : on voyait d'ailleurs la partie inférieure de la mèche baignée par l'huile et conservant sa blancheur.

A quatre heures vingt-huit minutes, la portion droite de la flamme s'éteignait.

A quatre heures quarante-cinq minutes, la chandelle posée sur l'entablement, en haut de l'armoire, cessa de brûler.

A cinq heures précises, la lampe carcel s'éteignit. La flamme des deux lumières placées sur le bord de la fenêtre et sur le sol était très diminuée, mais elle durait encore.

On ouvrit la porte de la chambre, et nous constatâmes que le mouvement de la lampe carcel marchait toujours et que l'huile baignait la mèche.

Le charbon placé dans la poêle s'était couvert de cendres, mais il brûlait encore : on l'éteignit avec de l'eau. Le charbon restant fut mesuré, il en restait un quart de décalitre. Pareille quantité avait servi à la combustion.

La poêle était tellement chaude qu'il fut impossible de la déplacer par les anneaux avec les mains. On la souleva avec des pinces en fer.

Nous mesurâmes la quantité d'huile placée dans la lampe. Elle était de 440 grammes. Il y avait donc eu 40 grammes consommés pendant la combustion qui avait duré une heure quarante minutes.

Nous avons dit que la chambre, occupée par les époux Godin, avait été rétablie à peu près dans le même état qu'au 15 janvier dernier. On y avait replacé un grand lit avec rideaux d'étoffe posés en flèche, des matelas ; une armoire à glace, une commode et une petite cheminée à la prussienne.

Cette chambre est éclairée par deux fenêtres sur la rue qui sont fermées par des volets pliants placés intérieurement. Un carreau cassé avait été bouché par deux feuilles de papier. Cette circonstance fortuite rendait encore les expériences plus analogues aux faits, puisque le sieur Godin prétend que le 15 janvier un carreau d'une des fenêtres était brisé dans un angle. Cette chambre présente une configuration à peu près rectangulaire ; la longueur est de 3^m, 63, la plus grande largeur de 3^m, 25, la moindre de 2^m, 70 ; la hauteur de 3^m. 30^c. La capacité cubique est donc de 31 ^{m,} 98.

Si nous calculons le volume des meubles placés dans cette chambre, nous trouvons qu'il est de

0 $^{m.c.}$,77 pour l'armoire à glace,
0,57 pour la commode,
0,25 pour la cheminée,
1,17 pour un lit et ses matelas,
1,40 pour le volume de deux personnes ;

ce qui donne 4 $^{m.c.}$,16 qui doivent être portés à 5 m. cubes en y comprenant le volume du tuyau de poêle, des chaises et autres objets. Déduisant ce volume de celui de la chambre, il reste 26 $^{m.c.}$,98, qui représentent 26,98 mètres cubes pour le volume

d'air au milieu duquel s'est accomplie la combustion du charbon.

1/4 de boisseau de charbon ordinaire, ou 2 litres,5 = 450 grammes.

Dans le charbon sur lequel nous avons expérimenté, il y avait 0,03 de cendres et 0,09 d'eau et de matières volatiles; par conséquent, il faut donc soustraire celles-ci des 450 grammes pour avoir la proportion exacte de charbon pur brûlé. Le calcul indique que celui-ci s'élevait à 396 grammes.

Cette quantité de charbon pur = 396 grammes a dû absorber en brûlant 1056 grammes d'oxygène qui ont formé 1452 grammes d'acide carbonique dont le volume est égal à 733 litres à 0 température et à 0m,76 de pression.

D'après ces données, à la fin de l'expérience entreprise dans la chambre à coucher des époux Godin, la proportion de l'acide carbonique dans l'air de cette chambre, peu de temps après le moment où l'extinction complète de la lampe carcel a été constatée, s'élevait donc à la fractiou de 27/1000; par conséquent, l'air devait présenter à peu de chose près cette composition:

Azote.	79,00
Oxygène.	18,29
Acide carbonique. . . .	2,71
	100,00

L'élévation de température, par suite de la combustion du charbon, a dû dilater cet air et le rendre ainsi plus impropre à entretenir la combustion. C'est en raison de cette action que la chandelle placée près du plafond s'est éteinte la première.

Si, après 1 *heure* 40 *minutes* (temps nécessaire pour l'extinction de la lampe dans la chambre de Godin), il existait 2,7 pour cent d'acide carbonique dans l'air, et une petite proportion d'oxyde de carbone que nous pouvons évaluer à un demi pour cent, en supposant *la combustion entretenue avec ta même activité*, il aurait dû y avoir, APRÈS 3 HEURES, 4,8 pour cent de cet acide carbonique.

En effet, 1 heure 40 m. = 100 minutes.
3 h. = 180.

On a donc la proportion :

100 m. : : 2,7 : 4,8.

La lampe n'aurait donc pas pu rester allumée pendant ce temps, ainsi que le prouvent les résultats de nos expériences, et on ne peut pas admettre que le sieur Godin eût pu vivre au milieu d'une atmosphère aussi délétère.

Afin d'apprécier la durée de temps pendant lequel la lampe

saisie pouvait rester allumée à l'air libre, nous avons fait brûler la quantité d'huile qu'elle contenait au moment où cette lampe était éteinte, dans la chambre de Godin, et que nous avions mesurée être de 440 grammes. Cette lampe a brûlé pendant 9 heures en consumant 48 grammes d'huile par heure à l'air libre, tandis que, pendant nos expériences dans la chambre du sieur Godin, il n'y a eu d'employé que 40 grammes.

Sur la *seconde question* qui nous est posée, nous pensons que le sieur Godin n'aurait pas pu sortir de la chambre avec la lampe, ni se tenir sur le tiroir ouvert de la montre vitrée, s'il eût été dans un état d'asphyxie partielle. On sait, en effet, que l'affaiblissement général et la résolution des membres sont portés à un tel degré, qu'il est impossible aux asphyxiés de se soutenir debout, ni de marcher. On a toujours comparé les premiers symptômes ressentis par ces malades à ceux d'une ivresse très-profonde. Si le sieur Godin avait été placé près de sa femme pendant tout le temps qui s'est écoulé avant sa mort, il est hors de doute qu'il aurait été sous l'influence des mêmes causes, et qu'il aurait ressenti les mêmes effets.

La visite minutieuse que nous avons faite des lieux nous à démontré toute l'invraisemblance des allégation du sieur Godin : le tiroir sur lequel il prétend être monté est placé dans une armoire vitrée composée de trois compartiments. Cette armoire ou montre a 76 centimètres de hauteur ; sa largeur est de 65 cent. Pour atteindre le bocal, balaru, rempli d'esprit-de-vin placé à 1 m 25 au-dessus de la partie vitrée de la montre, il est nécessaire de se tenir sur un seul pied sur le tiroir, de pencher le corps en avant et de conserver parfaitement son équilibre. Dans cette attitude, le sieur Godin aurait saisi d'une seule main ce balaru, qui a 46 cent. de circonférence, puis il serait rentré dans sa chambre, tenant d'une main le bocal et de l'autre la lampe.

En faisant placer le sieur Godin dans la position qu'il aurait prise pendant la nuit du 15 janvier, il a été évident pour nous qu'il n'aurait pas pu agir ainsi qu'il le déclare, s'il avait été dans les conditions d'asphyxie partielle qu'il suppose avoir éprouvée.

Troisième question. — L'ivresse présente certains degrés qui ont de l'analogie avec l'asphyxie, en raison de l'immobilité dans laquelle se trouvent plongés les individus ; mais l'ingestion de trois grands verres d'esprit-de-vin aurait suffi pour déterminer la mort du sieur Godin.

L'esprit-de-vin saisi et contenu dans le balaru pèse d'après l'aréomètre 33 degrés ; le verre, dont le sieur Godin dit avoir fait usage, peut contenir deux décilitres de cet esprit-de-vin. Il aurait

donc pris *six* décilitres s'il avait bu trois verres pleins. Cette quantité aurait produit des symptômes qui n'ont pas été observés chez le sieur Godin.

Lorsqu'il a été visité par un médecin, la face était congestionnée, rouge, il avait de la chaleur à la peau, mais il jouissait de toute sa raison, et il a pu répondre à plusieurs questions qui lui ont été adressées. Dans notre opinion, si le sieur Godin a bu de l'esprit-de-vin, la quantité en aurait été beaucoup moindre que celle qu'il indique.

Pendant les débats qui ont eu lieu devant la Cour d'assises de la Seine (31 octobre 1847), et par suite desquels le sieur Godin a été condamné à mort, toutes les questions qui ont été adressées aux experts se résumaient à leur demander s'ils pensaient *que le sieur Godin avait pu se trouver dans les mêmes conditions d'asphyxie que sa femme et ne pas y succomber*. Notre réponse unanime a été négative. Nous l'avons fondée sur *l'ensemble de toutes les déclarations* du sieur Godin, et sur les *impossibilités physiques qui nous étaient démontrées*.

J'ai la conviction profonde qu'il n'y aura pas un seul médecin (1), un seul physicien, qui répondrait autrement que nous, après avoir lu notre rapport et les faits qu'il contient. Que l'on se rappelle les questions graves qui ont occupé les experts dans les asphyxies *Ferrand*, *Amouroux*, et l'on reconnaîtra que, dans les expertises médico-légales, des incidents nouveaux, imprévus, sur-gissent à chaque instant, et que c'est à leur sagacité que les médecins doivent avoir recours pour discerner les faits véritables.

---

17. *Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles, dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée, et des plaies par arrachement de l'utérus et des intestins ;* par le docteur **Ambroise Tardieu**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

(Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, janvier 1848.)

Dans les questions qui ont pour objet la détermination exacte de l'époque de la mort, les données physiologiques en apparence

(1) M. Castelnau, rédacteur de la *Gazette des hôpitaux*, a violemment critiqué les experts, et il pense que l'on peut vivre dans une atmosphère semblable à celle de la chambre des époux Godin ; il croit aussi, que la conservation ou l'extinction des lumières ne sont d'aucune importance. M. Castelnau, ainsi qu'il a bien voulu en convenir, n'a pas encore pratiqué la médecine légale ; en outre, il n'avait pas assisté aux débats judiciaires, et ne connaissait pas les rapports; il avait pris ses renseignement dans la *Gazette des tribunaux*. Je crois inutile de réfuter les opinions de M. Castelnau.

les plus précises sont trop souvent démenties par les faits. C'est ainsi que, dans les blessures nécessairement mortelles, il n'est pas rare de voir la vie persister au-delà des limites que sembleraient indiquer la gravité des lésions et l'importance des organes blessés.

Les recherches que nous consignons ici pourront servir à fixer l'attention sur ce sujet, l'un des plus difficiles de la pratique médico-légale. Il n'est pas inutile de faire connaître à quelle occasion elles ont été entreprises.

Un crime, dont les détails horribles dépassent tout ce que l'imagination peut concevoir de plus atroce, fut commis le 28 avril 1847, au fond de la basse Bretagne, dans la commune de Lannilis (arrondissement de Brest). Une pauvre femme, mariée en secondes noces au nommé B... et enceinte de sept mois avait fait son dernier repas vers cinq heures et demie du soir dans un parfait état de santé. A sept heures moins quelques minutes, son fils aîné rentre et trouve sa mère au lit. Le mari l'éloigne en l'envoyant faire une commission. Il revient au bout d'un quart d'heure et aperçoit dans le jardin un chien qui léchait des débris d'intestins encore fumants qu'il prend pour l'arrière-faix d'une jument récemment délivrée. Lorsqu'il rentre dans la chambre où était sa mère, il l'entend se plaindre; mais il est presque aussitôt renvoyé de nouveau par son beau-père, qui lui ordonne d'aller chez son oncle. Pendant ce temps, deux autres enfants plus jeunes de la femme B... couchés dans une pièce voisine entendaient de leur côté les gémissements de leur mère, les supplications et les reproches qu'elle adressait à son mari. Les plaintes avaient cessé après un temps que les enfants n'avaient pu préciser; et ce n'est que le lendemain, après une nuit que le nommé B... avait passée près de sa femme, qu'on trouvait cette malheureuse morte dans son lit, ayant entre les jambes un fœtus parvenu au septième mois de la vie intra-utérine et qui fut reconnu avoir vécu et respiré.

L'autopsie du cadavre pratiquée par M. le docteur Morvand, ancien interne fort distingué des hôpitaux de Paris, et par M. Salzat, tous deux médecins à Lannilis, fit connaître des désordres aussi affreux qu'inattendus et qui ne pouvaient être attribués qu'à un crime. Des témoignages irrécusables ont en outre fait connaître que B... avait déjà plusieurs fois fait avorter sa femme, et qu'à différentes reprises il lui avait introduit la main tout entière dans les parties sexuelles. C'est de la même manière et pour mettre le comble à ses atroces brutalités, qu'il avait exercé sur cette malheureuse les mutilations effroyables, consta-

tées par les experts dans le rapport dont nous croyons utile de donner un extrait (1).

Autopsie de la femme B... — Arrachement de l'utérus et des intestins (Extrait du rapport de MM. Morvand et Salzat).

1° *État extérieur du cadavre.* — Nous avons trouvé dans un lit clos une femme pouvant avoir de trente-cinq à quarante ans, pâle, comme exsangue, les yeux et la bouche fermés, couchée sur le dos, la tête reposant sur l'oreiller, les bras à demi fléchis ramenés sur la poitrine, la partie inférieure du corps couverte à partir de la poitrine.

Les couvertures enlevées, nous avons trouvé les cuisses à moitié fléchies et déjetées fortement à gauche, de telle manière que la cuisse droite reposait sur la gauche.

Les berles et le drap qui la recouvraient ne présentaient aucun désordre. Le drap qui était dessous était imbibé de sang, ainsi que la partie postérieure et inférieure de la chemise, à partir de la région lombaire. Cette portion de vêtement était de plus salie par des matières fangeuses comme celles que l'on rencontre le plus souvent dans les étables et au voisinage des fermes. La partie antérieure de la chemise était propre et ramenée sur les cuisses. Le tronc était vêtu, la femme pour se mettre au lit n'avait ôté que la jupe, le tablier et le mouchoir. La tête était couverte d'une coiffe en indienne de couleur, et les cheveux sans désordre.

Retirée du lit, elle a été placée sur une table, où, après l'avoir déshabillée, nous avons constaté les faits suivants.

1° Aucune ecchymose, aucune trace de violence à l'extérieur;

2° Le ventre est excessivement ballonné, verdâtre surtout à la région hypogastrique; les cuisses sont tuméfiées et emphysémateuses, principalement la gauche, qui offre une teinte plus foncée et une accumulation plus considérable de liquide, dues sans doute à sa position déclive;

3° La région anale offre une teinte verdâtre plus marquée du côté droit que du côté gauche. L'anus est béant, excorié en partie, mais cette excoriation est un effet cadavérique. La vulve également béante donne passage à une grande quantité de sang, surtout par la compression exercée sur le ventre, et ne présente, d'ailleurs, rien d'extraordinaire, si ce n'est une teinte verdâtre et une chute de la paroi postérieure du vagin qui fait hernie avec

(1) Le nommé B... traduit aux assises de Quimper sous la prévention d'avortement et d'assassinat, a été reconnu coupable et condamné *à mort*. Mais l'arrêt ayant été cassé pour vice de forme dans la procédure et l'affaire renvoyée aux assises de Saint-Brieuc, dans l'intervalle, B... a succombé en prison à une fièvre pernicieuse.

avec les grandes lèvres. L'orifice vulvaire est assez dilaté pour permettre facilement l'introduction de la main.

Cavité abdominale. — La cavité abdominale étant ouverte, nous la trouvons remplie par des gaz fétides qui s'en échappent à la première incision, et par une grande quantité de sang fluide dans lequel baignent les viscères. Le sang contenu dans l'abdomen sort à flots par le vagin, ce qui nous fait supposer une plaie établissant une communication libre avec les cavités abdominale et vaginale; pour mieux constater les désordres que nous supposons aux parties génitales, nous enlevons le pubis par quelques traits de scie au niveau des trous ovales, ayant bien soin de séparer les parties molles adhérentes aux branches ascendantes du pubis. Nous avons pour lors sous les yeux tous les organes génito-urinaires.

Parties génitales. — A 1 centimètre en arrière de la petite lèvre droite, nous apercevons une solution de continuité longue de 2 centimètres, et profonde de 3 centimètres.

Cette plaie intéresse la muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux, et pénètre au-dessous de la branche ascendante droite du pubis.

Le reste du vagin n'est aucunement injecté et ne présente de lésion qu'à la partie supérieure gauche. Là existe une déchirure qui ne se borne pas à la paroi vaginale, mais s'étend à l'utérus qui est lui-même complétement déchiré dans le tiers antérieur de son bord gauche. La plaie du vagin peut avoir 3 centimètres, et celle de l'utérus, de 6 à 7 centimètres ; la solution de continuité a donc en tout 10 centimètres environ d'étendue. Elle pénètre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, à l'intérieur du petit bassin, et aboutit enfin à trois solutions de continuité produites dans le péritoine. Des trois plaies du péritoine, deux plaies en avant sont plus grandes et permettent très-facilement le passage de plusieurs doigts. Ainsi il a été possible à notre main, introduite dans le vagin, de pénétrer à travers la plaie vagino-utérine, et d'atteindre les intestins à travers les plaies du péritoine. Ces désordres semblent avoir été produits par l'introduction d'un corps mousse qui aurait agi avec violence, les bords des plaies étant irréguliers et ne présentant point cette netteté de section qui caractérise l'action des instruments tranchants.

A l'utérus, nous remarquons un développement considérable de cet organe, qui offre de 15 à 18 centimètres de hauteur, et 10 à 12 de largeur. Il est flasque, aplati d'avant en arrière et largement déchiré du côté gauche, comme nous l'avons dit précédemment. Sa cavité est assez vaste pour contenir fort à l'aise

notre poing fermé. Elle est vide et présente dans son fond du côté droit, vers l'orifice de la trompe de Fallope, quelques débris du placenta faciles à reconnaître. En outre de la première plaie décrite à l'utérus, nous voyons une déchirure longue de 4 centimètres, profonde d'un centimètre, et n'intéressant que sa face interne, et située à la partie postérieure de cet organe à la réunion du col avec le corps. Ses parois sont épaisses de 2 centimètres environ et présentent des tissus nombreux.

Canal digestif. — L'estomac, largement dilaté par des gaz, contient du chyme incomplétement élaboré, où il est facile de reconnaître des débris alimentaires (quelques morceaux de viande et de lard). Ces débris alimentaires exhalent une odeur vineuse très-peu marquée. La partie déclive de l'estomac présente des rougeurs cadavériques ; le reste est à l'état normal. A 50 centimètres environ au-dela du pylore, l'intestin grêle finit brusquement et présente une déchirure circulaire, irrégulière, offrant des lambeaux, dont l'un, dû au péritoine, peut avoir jusqu'à 8 centimètres de long. La séreuse finit dans certains endroits bien avant la muqueuse, qui alors se prolonge à son tour sous forme de lambeaux. Toute cette portion d'intestin est saine et n'offre de coloration anormale qu'à 4 ou 5 centimètres de sa terminaison. Les tuniques intestinales y sont rouges et injectées, mais la muqueuse est ferme et peut s'enlever par lambeaux avec le scalpel. Dans sa continuité, l'intestin grêle a complétement disparu jusqu'à 8 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Alors cette portion d'intestin offre encore les traces d'une rupture circulaire, analogue à celle précédemment décrite, où généralement la séreuse dépasse la musculeuse et la muqueuse sous forme de lambeaux. Cependant dans certains endroits, ces deux dernières tuniques dépassent la séreuse. La rupture est surtout évidente sur les fibres de la musculeuse, lesquelles sont irrégulièrement déchiquetées et présentent des lacérations de différentes longueurs, semblables à de petites franges. Nous constatons de nouveau, pour cette extrémité inférieure de l'intestin grêle comme pour la supérieure, une injection qui avoisine les bords de la déchirure.

Entre ces deux extrêmes de l'intestin grêle, il n'existe aucune trace du canal digestif ; il ne reste plus que le mésentère, offrant à son bord libre des franges longues de 12 à 15 centimètres. Ces franges ne sont autre chose que des lambeaux du péritoine, tiraillés et allongés sous forme de cordons que l'on peut déplisser. Le mésentère n'offre d'autre altération qu'une injection considérable qui occupe son bord intestinal dans une étendue de 3 cen-

timètres. Cette partie du mésentère a une couleur lie de vin et offre à l'incision un épanchement fort abondant de sang liquide dans le tissu cellulaire. Cependant le mésentère a disparu lui-même en partie à son extrémité inférieure, c'est-à-dire à peu de distance du cœcum, au niveau du bout inférieur de l'intestin grêle.

Par les bouts supérieur et inférieur de l'intestin grêle, il s'est échappé des matières fécales et alimentaires liquides, lesquelles forment une couche peu épaisse sur les parois abdominales. Cette couche est plus abondante dans le petit bassin; il en existe cependant sur l'estomac et sur la face externe du foie. Ces matières eussent été sans doute plus abondantes si l'intestin grêle n'eût été enlevé avec la plus grande partie de son contenu.

Le gros intestin, parfaitement sain, contient des matières fécales solides.

Dans le cours de l'instruction dirigée contre le meurtrier de la femme B..., des doutes s'étaient élevés sur la réalité du fait qui servait de base à l'accusation, et que déclaraient les jeunes enfants de la victime ; il avait paru impossible que cette femme eût pu survivre aux blessures qu'elle avait reçues, et proférer les paroles que l'on rapportait. M. le procureur du roi de Quimper jugea nécessaire de faire examiner la question par de nouveaux experts : j'eus l'honneur d'être chargé de cette mission, avec MM. les professeurs Orfila et J. Cloquet, et c'est avec l'approbation de ces deux illustres maîtres que j'ai entrepris les recherches nécessaires à la solution du problème suivant :

L'extraction violente et complète du fœtus et de ses annexes encore renfermés dans la matrice, la déchirure du vagin, de l'utérus et du péritoine, et l'arrachement d'une portion considérable du tube digestif, doivent-ils nécessairement entraîner une mort immédiate ; ou au contraire est-il possible qu'une femme, qui a subi ces mutilations atroces survive pendant un certain temps et conserve la force de pousser des cris, lorsque le supplice recommence par des violences nouvelles.

Avant de répondre à cette question, dont les éléments sont complexes et qui soulève plusieurs problèmes physiologiques, nous devons rappeler les principales circonstances énoncées dans le procès-verbal d'autopsie de la femme B..., les apprécier au point de vue de la difficulté médico-légale qui en résulte, et rechercher s'il existe dans la science des faits analogues, propres à l'élucider et à la résoudre.

Or, des détails transmis par M. le procureur du roi et des rapports rédigés par MM. les médecins de Lannilis, il résulte que

l'on a constaté sur le cadavre de la femme B... les désordres suivants : 1° Un épanchement abondant de sang *fluide* dans la cavité abdominale ; 2° une déchirure considérable, comprenant les parties supérieures du vagin et l'un des côtés de l'utérus dans une étendue de 10 centimètres ; 3° une perte de substance intéressant l'épaisseur d'une portion de la paroi interne de la matrice ; 4° plusieurs déchirures du péritoine, assez larges pour laisser la main pénétrer dans la cavité du ventre. La nature de ces lésions est d'ailleurs parfaitement indiquée par ces mots : « Les bords des « plaies sont irréguliers et ne présentent pas cette netteté de « section qui caractérise l'action des instruments tranchants ; » 5° l'absence complète de la plus grande partie de l'intestin grêle dont il ne reste qu'un tronçon supérieur, long de 50 centimètres, et un inférieur qui n'en a pas plus de 8 (1) ; la section du tube digestif présentant, en haut comme en bas, des lambeaux inégaux, irréguliers, avec retrait plus ou moins marqué des membranes musculeuse et muqueuse de l'intestin ; 6° la déchirure incomplète du mésentère, dont il ne reste qu'un lambeau, avec le bord formé de franges inégales, parmi lesquelles quelques-unes sont longues de 12 à 15 centimètres. Du sang *liquide* est épanché dans le tissu cellulaire du mésentère. Nous devons noter encore que l'utérus, probablement revenu en partie sur lui-même, présentait 15 à 18 centimètres de hauteur, développement à peu près égal à celui qu'il offre après un accouchement à terme ; et que l'estomac contenait « du chyme incomplétement élaboré, où « il était facile de reconnaître des débris alimentaires. »

Il est peut-être à regretter que l'extrait du rapport ne fasse pas une mention spéciale de l'état des artères, et particulièrement des gros troncs vasculaires du bassin ; au reste nous devons croire qu'il ne manque ici que l'énoncé d'un fait négatif et que les artères et veines iliaques et hypogastriques étaient intactes.

L'examen attentif et l'appréciation exacte des détails, que nous venons de rappeler, ne peuvent laisser de doute sur la nature des lésions observées. Il est évident que ces désordres nombreux ont été produits par arrachement. Les caractères si bien tracés des plaies de l'utérus, du péritoine, de l'intestin et du mésentère, les bords irréguliers des unes, les lambeaux inégalement rétractés que forment les autres, l'indiquent d'une manière positive.

C'est sur les résultats de cet arrachement que les opinions se sont divisées. En effet, parmi les médecins consultés, les uns ont dit que l'arrachement de l'intestin grêle en produisant la déchi-

(1) La longueur totale de l'intestin grêle, chez la femme, varie de 4 à 7 mètres.

rure de tant de vaisseaux, qui se distribuent à ce viscère, a dû déterminer une *hémorrhagie foudroyante*, sous l'influence de laquelle la victime n'a pas tardé à succomber; d'autres ont pensé que la femme B... était dans un *état d'évanouissement* complet, lorsque l'intestin a été arraché et que la mort a rapidement suivi cette avulsion; tandis que d'autres, au contraire, font observer que l'arrachement d'un membre ne donne pas lieu ordinairement à une hémorrhagie immédiate. Nous aurons donc à nous expliquer sur ces opinions contradictoires.

L'étendue, l'extrême gravité des désordres et la nature des lésions étant bien admises, il est une première proposition à établir : c'est que *la mort immédiate ne suit pas nécessairement, et dans tous les cas, les lésions les plus profondes des organes les plus importants à la vie ; et que les fonctions de relation peuvent persister pendant un temps plus ou moins long, alors même que les blessures intéressent le cerveau, le cœur ou les poumons.*

Tous les chirurgiens ont vu des désordres traumatiques très-étendus du crâne et du cerveau n'abolir, d'une manière immédiate, ni l'intelligence, ni la parole; et M. le docteur H. Bayard a réuni, dans un mémoire plein d'intérêt (1), plusieurs cas empruntés à sa pratique médico-légale et à celle d'Ollivier (d'Angers), dans lesquels les lésions les plus graves du crâne et du cerveau n'ont pas empêché les blessés de parler et de marcher plusieurs heures et même plusieurs jours après l'accident.

La même chose s'observe pour les blessures des poumons et, ce qui est plus remarquable, pour les plaies des gros vaisseaux et du cœur. J'ai été témoin d'un fait, dans lequel un jeune homme, frappé d'un coup de couteau qui avait ouvert le cœur largement, a survécu plus d'un quart d'heure et a parlé jusqu'au dernier moment. Il est également à ma connaissance, qu'un individu, récemment assassiné à Paris et qui a eu le poumon, le cœur et l'estomac traversés de part en part, a pu s'éloigner, descendre un escalier, en remonter un autre et regagner sa chambre avant de perdre connaissance et d'expirer. On conçoit qu'il doit en être ainsi, à plus forte raison, des plaies des intestins et des organes génitaux, qui ne frappent pas directement les parties essentielles à la vie.

Y a-t-il donc dans l'étendue des lésions, qui existaient chez la femme B..., et dans la déchirure de la matrice et des intestins, des conditions particulières qui aient dû amener nécessairement une mort instantanée?

La première idée qui s'est présentée est celle d'une hémor-

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, tome XXVI, p. 197.

rhagie foudroyante, qui aurait suivi l'ouverture des nombreux vaisseaux qui se ramifient dans l'intestin; mais nous avons la preuve anatomique que les plaies de l'utérus et du tube digestif, dans le cas présent, ont été produites par arrachement. Or, c'est un fait constant, établi par l'expérience la plus ancienne et la plus générale, que les plaies par arrachement n'entraînent pas ordinairement une hémorrhagie immédiate et déterminent le retrait et l'occlusion quelquefois complète des artères. Il est démontré, par les lambeaux d'inégale longueur qui formaient les différentes membranes de l'intestin déchiré, que les tuniques musculeuse et muqueuse, dans lesquelles se distribuent principalement les vaisseaux, avaient subi une notable rétraction. On peut donc affirmer que l'hémorrhagie a été nulle pour plusieurs d'entre eux et beaucoup plus lente pour les autres. Mais de plus, rien n'indique, dans l'extrait du rapport qui nous a été communiqué, que la mort de la femme B... ait eu lieu par hémorrhagie; et quoique nous n'ayons pas de renseignements sur l'état du cœur et des principaux vaisseaux, nous trouvons dans les caractères, que présentait le sang épanché dans le péritoine, une forte présomption contre la réalité de la mort par hémorrhagie. En effet, il est dit que « dans la cavité abdominale existait une grande « quantité de sang *fluide*, » et que « le mésentère renfermait du « sang *liquide* épanché dans le tissu cellulaire. »

L'absence de coagulation du sang doit faire penser que l'épanchement de ce sang n'a eu lieu qu'après la mort : car lorsque celle-ci est le résultat de l'hémorrhagie, les premières portions du sang qui s'écoule se coagulent nécessairement avant la cessation de la vie. Il n'y a pas un cas de mort par plaies du cœur ou des artères principales de la poitrine ou du ventre, dans lequel on ne trouve dans ces cavités de volumineux caillots, nageant dans leur sérosité sanguinolente. Il est donc extrêmement probable d'après ce seul caractère, confirmé d'ailleurs par la nature des blessures, que la femme B... n'a pas succombé à une hémorrhagie foudroyante.

Il nous reste à établir qu'elle a pu survivre pendant un certain temps aux horribles mutilations qu'elle a subies, et conserver la force d'exprimer, par ses cris, les atroces douleurs qui ont dû, plus que toute autre cause, épuiser en elle les sources de la vie.

Nous ne nous arrêterons pas à cette opinion que la malheureuse était dans un *évanouissement complet* lorsque l'intestin a été arraché et que la mort a rapidement suivi cette avulsion. Nous ne pouvons voir dans cette opinion, quelque spécieuse et

quelque vraisemblable qu'elle paraisse, qu'une pure hypothèse, à laquelle on peut d'ailleurs objecter qu'un évanouissement n'est pas la mort et n'en est pas nécessairement le prélude, et que l'excès de la douleur peut ranimer, ne fût-ce que pour quelques instants, une personne évanouie.

Mais nous aimons mieux apporter dans cette question la lumière des faits et l'autorité de l'expérience.

Les lésions des intestins et de la matrice ont pu se rencontrer isolément ou réunies dans des cas, dont la science a conservé l'histoire et qui présentent plus ou moins d'analogie avec l'exemple de la femme B....

On a vu des aliénés poussés au suicide (1), se porter un grand nombre de coups de couteau dans le ventre, s'ouvrir cette cavité, en faire sortir les intestins et les mutiler, sans être interrompus par la douleur ou par une mort immédiate. M. le professeur Paul Dubois nous a rapporté qu'un pharmacien de Chartres, dans un accès de délire furieux, s'était ouvert le ventre et avait, à l'aide d'un instrument tranchant, enlevé un large lambeau du mésentère. Quelles qu'aient été l'étendue et la gravité de cette blessure, qui sans intéresser l'intestin n'avait pas moins lésé un grand nombre de vaisseaux, cet homme a guéri. Enfin, M. A. Devergie cite, d'après Delmas de Montpellier, le cas d'une déchirure complète de l'intestin grêle avec rupture du diaphragme et de la rate, observée chez un charretier qui a pu, malgré ces graves désordres, continuer une assez longue route, et qui n'a succombé qu'au bout de dix-huit heures (2). M. Marjolin a publié un fait à peu près semblable (3), et il nous serait facile de multiplier ces exemples. Nous nous bornerons à rappeler l'observation très-importante et parfaitement constatée du docteur Gestin de Quimper, concernant les éventrations et la mutilation des intestins chez les chevaux qui prennent part aux combats de taureaux, et qui continuent souvent la course après d'aussi affreuses blessures.

Quant aux lésions de la matrice, le Mémoire de M. Dézeimeris (4) sur les ruptures de cet organe, durant la grossesse, renferme quinze faits dans lesquels, malgré des désordres très-considérables, tels que déchirures très-étendues de l'utérus, hémorrhagies, épanchement et passage du produit de la conception dans la cavité du péritoine, étranglement des intestins, les

(1) Calmeil. *Dictionnaire de médecine*, tome XXIX, p. 30, article *Suicide*.
(2) *Traité de médecine légale*, 3e édit., tome II, p. 233.
(3) *Archives générales de médecine*, 1re série, tome II.
(4) *Journal l'Expérience*, tome III, p. 241.

femmes ont survécu plus ou moins longtemps; la mort est arrivée, comme terme extrême, dans un cas au bout d'une heure, dans l'autre seulement après six semaines.

Les accoucheurs ont cité des cas de rupture de la matrice pendant le travail de l'enfantement, où les intestins engagés dans l'ouverture accidentelle se sont étranglés et même gangrenés. Percy (1), Birch (2), Weiss (3), madame Lachapelle (4), MM. Duparcque (5), Pereira et Lassere (6), en ont rapporté des exemples. Et quoique ces cas s'éloignent par plus d'un point de celui dont il s'agit ici, il est bon de noter que les femmes qui ont éprouvé ces accidents terribles ont pu survivre au moins plusieurs heures, et que quelques-unes même ont guéri complétement.

Mais il est des faits dont l'analogie avec celui de la femme B... est tellement frappante, que nous ne pouvons nous dispenser de les faire connaître ici avec quelques détails : ils établissent en effet, mieux qu'aucune discussion ne pourrait le faire, que la vie peut persister quelque temps après l'arrachement complet de l'utérus, et la déchirure de la matrice et des intestins, soit à la suite de manœuvres obstétricales mal dirigées, soit à la suite de tentatives criminelles d'avortement.

PREMIER FAIT. — *Arrachement de l'utérus. — Mort après quelques minutes.*

Une cruelle méprise a été commise au mois d'août 1839 par un élève, qui se présenta comme médecin pour délivrer une femme accouchée depuis trois heures. Il tira sur la matrice jusqu'à ce qu'il l'ait toute entière séparée du reste du corps, et ne laissa que les deux ovaires, une des trompes et une partie des ligaments larges. Il ne parvint à terminer cet arrachement qu'après *trois quarts d'heure* d'efforts inouïs. La femme, qui n'avait cessé de pousser des cris affreux, succomba *quelques minutes* après cette brutale opération.

DEUXIÈME FAIT. — *Arrachement de l'utérus. — Pas d'hémorrhagie. — Mort après deux heures.*

Pareil cas est arrivé dans la ville de Pulaski (État de New-York). L'accoucheur, après des efforts inouïs, ne s'aperçut de sa

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, tome III, p. 348.
(2) *Archives générales de médecine*, 1re série, tome XIX, p. 98.
(3) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tome VI, p. 249.
(4) *Pratique des accouchements*, Paris, 1825, tome III, p. 158, 172 et 187.
(5) *Hist. complète des ruptures et des déchirures de l'utérus*. Paris, 1836, p. 164 et suiv.
(6) *De l'abus des manœuvres obstétricales*. Archives, 4e série, tome I, p. 77 et 129.

méprise que lorsque l'utérus tout entier eut été tiré hors du bassin ; il crut n'avoir rien de mieux à faire que d'achever l'arrachement et de cacher sa faute. La femme mourut au bout *de deux heures* : il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

TROISIÈME FAIT. — *Arrachement de l'utérus. — Mort au bout d'une demi-heure.*

La même erreur a été commise en 1838 par un médecin dont on cache le nom avec raison : l'utérus fut encore pris par l'accouchenr pour un placenta plus adhérent qu'aucun de ceux qu'il eût rencontrés dans sa vie ; les tractions durèrent *une heure et demie* et la malade succomba *une demi-heure après.* (Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie de New-York. — Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tome VII).

QUATRIÈME FAIT. — *Déchirure de la matrice et des intestins par suite des manœuvres obstétricales mal dirigées. — Mort après une heure.*

Le 20 novembre 1675, j'ai vu en la rue de la Mortellerie, chez M. Paris, mon confrère, la sœur d'une pauvre femme qui venait de mourir, à ce qu'elle me dit, par les violences extraordinaires qu'un téméraire lui avait faites en sa présence durant *deux heures* entières pour l'accoucher; lequel, au lieu de lui tirer du ventre son enfant qui était vivant, l'avait tué avec ses instruments et avait en même temps *crevé et déchiré de tous côtés la matrice* de la mère, ce qui avait été cause qu'elle mourut *une heure* ensuite, et qu'une grande partie des intestins et du mésentère de cette femme sortirent hors de son ventre par l'endroit de ces déchirements, aussitôt que son enfant lui eut été tiré hors de la matrice. La vérité de ce triste récit me fut aussitôt confirmée par M. Paris, mon confrère, qui me dit avoir été mandé à l'heure même, pour faire la réduction des intestins de cette femme qui était agonisante, lesquels il trouva tout à fait *hors de son ventre et tout meurtris, et le mésentère tout déchiré et en lambeaux*, m'assurant qu'il n'avait jamais vu un spectacle plus horrible..... (Mauriceau *Traité des maladies des femmes grosses*, 1694, 4e édit., p. 369, et *Observation* CXLVII, *ibid.*, p. 116).

CINQUIÈME FAIT. — *Renversement de la matrice. — Déchirure du vagin et du péritoine par suite de tentatives criminelles d'avortement. — Hémorrhagie. — Mort après sept heures.*

Une affaire médico-légale qui a eu, en 1836, dans la presse un

immense retentissement, présente avec celle qui nous occupe une ressemblance dont il est impossible de ne pas être frappé.

Il s'agissait d'une femme de Lausanne, la femme Grand, qui, au quatrième mois de la grossesse, succomba à des tentatives d'avortement exercées sur elle, probablement par son mari et par sa belle-mère. La cloison postérieure du vagin avait été déchirée, la matrice complétement renversée faisait saillie hors de la vulve. Le péritoine était largement ouvert dans une étendue de 7 pouces, et l'on remarquait de chaque côté de cette plaie des déchirures semblables à celles qu'auraient produites des coups d'ongles. Les intestins étaient mis à nu, mais non lésés. Néanmoins il y avait eu une hémorrhagie abondante, qui, avec les douleurs violentes qu'avait dû éprouver la femme Grand, fut regardée par les experts comme la cause de la mort. On ne peut nier qu'il n'y ait dans ce fait, dans la cause et dans la nature des lésions constatées judiciairement, une ressemblance frappante avec les manœuvres dont la femme B... a été victime. Et cependant, malgré la gravité des désordres locaux, la violence des douleurs et une hémorrhagie abondante, la femme Grand a survécu environ *sept heures* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, tome XIX, p 425).

Il nous reste peu de chose à ajouter à des exemples si concluants ; et il demeure bien prouvé que la mort n'est pas nécessairement immédiate, après l'arrachement de l'utérus et d'une portion des intestins ; et qu'il peut n'y avoir, ni hémorrhagie foudroyante, ni même évanouissement complet. Mais il faut reconnaître qu'il est beaucoup plus difficile de déterminer pendant combien de temps la vie peut persister, chez les femmes qui ont été soumises à de pareilles tortures. Les faits révélés par les débats, qui ont eu lieu à la Cour d'assises du Finistère (1), ont fait connaître que la femme B... avait survécu environ trois quarts d'heure. Nous devons donc rester sur ce point dans une grande réserve, en rappelant seulement que si, dans un des cas que nous avons cités, la mort est arrivée quelques minutes après une opération qui avait du reste duré trois quarts d'heure, dans d'autres, elle s'est fait attendre jusqu'à deux et même sept heures.

(1) Ces débats, auxquels j'ai eu l'honneur d'assister comme représentant des experts de Paris, ont été en grande partie remplis par la discussion des questions médico-légales. Je me félicite de m'être constamment trouvé d'accord avec mes honorables confrères, MM. les docteurs Dufour, professeur à l'École de marine de Brest ; Guesennech, ancien chirurgien de marine ; Morvand et Salzat de Lannilis, appelés comme moi à éclairer la justice dans cette grave affaire.

XII. GÉNÉRALITÉS.

18. *Études sur les virus;* par JEAN HAMEAU, docteur en médecine à la Teste, membre correspondant de la Société royale de médecine de Bordeaux, de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de la même ville, etc.

(Suite : *voir* t. XII, décembre 1847, p. 190.)

(Revue médicale française et étrangère; novembre et décembre 1847.)

SECTION XII. — *Quelques considérations sur les facultés génératrices des virus.*

Les virus ne conservent pas leurs facultés génératrices aussi longtemps les uns que les autres, et en cela ils ressemblent aux graines des plantes. Le vaccin se gâte plus vite que le liquide de la petite vérole. Ceux qui sont contenus dans un liquide se conservent plus que ceux qui ne sont qu'aériens ou invisibles. Ceux-ci ne vont pas bien loin exercer leurs ravages, s'ils n'ont, à de courtes distances, l'occasion de se renouveler, et s'ils ne sont pas l'abri à du grand air ; comme, par exemple, dans une maison, ou dans la cale d'un vaissau. S'il n'en était pas ainsi, s'ils pouvaient seulement contaminer à une lieue de distance, sans l'intermédiaire d'aucune personne ni d'aucun objet qui pussent les renouveler, à quoi serviraient les lazarets? J'ai plusieurs fois observé que la variole, si éminemment contagieuse, se perdait entièrement lorsqu'elle s'introduisait dans une famille des Landes, habitant le désert, c'est-à-dire, n'ayant de voisins qu'à plusieurs lieues. C'est pour moi une entière conviction que ces substances s'anéantissent complétement, à de très-courtes distances, en se dissolvant dans l'air. Si ce qui est dit ici n'était pas vrai, la terre serait inhabitable. Ce fait sera bientôt rendu plus évident par des considérations sur l'entrée du choléra asiatique en Europe, considérations qui trouveront leur place à la fin de cet ouvrage.

Ainsi que cela a été dit, les virus présentent des différences en contaminant, dépendantes de la diversité de leur essence; mais ils en présentent qui leur sont etrangères. Supposons que la petite vérole sévisse dans un village où il y ait cent personnes qui ne l'aient pas eue, et que toutes aient également été exposées à la contagion ; il pourra arriver que plusieurs n'en seront pas atteintes: d'où cela pourra-t-il venir? Ce ne sera pas du virus, car c'est dans sa nature de toujours attaquer et agir. L'âge, le sexe, ni le tempérament des sujets épargnés ne l'auront pas empêché d'exercer son action, puisque rien de cela n'en a préservé les autres. Il y a donc lieu de penser que les individus, qui en ont été garantis, se trouvaient dans des dispositions telles, *que le virus était repoussé, qu'il y avait antipathie.* On ne peut pas

dire que le virus n'a pu aller jusque sur ces personnes; car toutes ont également été plongées dans sa sphère d'activité. Et qu'on ne pense pas, s'il eût pénétré dans leurs corps, que les forces vitales eussent pu l'anéantir. L'expérience nous prouve, du reste, que rien en nous ne peut détruire un virus; mais, au contraire, que tout concourt à lui donner une nouvelle vie. Lors donc qu'on en est préservé, c'est qu'il ne s'est pas introduit, et, s'il ne s'est pas introduit, c'est qu'il y a eu répulsion. Mais quelles sont les causes de cette répulsion, et où sont-elles? Voilà ce qu'on ne peut savoîr. Cependant on peut présumer qu'elles nous environnent, ou qu'elles sont au-dedans de nous-mêmes. L'analogie peut servir à faire comprendre cela. Par exemple, si une personne saine se frottait tout le corps avec une pommade sulfureuse, et si elle se couchait ainsi avec un galeux, il est bien certain qu'elle ne prendrait pas la gale, puisque cette pommade tue le ciron. On peut croire qu'en prenant intérieurement du soufre pendant un certain temps, cela suffirait pour éloigner cet insecte. Il doit en être de même des autres virus, c'est-à-dire, que certaines substances doivent leur être contraires, et soit qu'elles se trouvent sur le corps, dans son intérieur ou dans ce qui l'entoure, elles doivent empêcher la contagion.

Dès longtemps on a observé que les ouvriers de certaines pro fessions, et les individus qui usaient du mercure, étaient exempts de certaines maladies contagieuses, ou les avaient peu fortes. Ils offraient donc aux virus des causes répulsives? D'après cela, il est raisonnable de penser qu'il serait possible d'employer avec succès des préservatifs, qu'on devrait principalement choisir dans le règne minéral, tels que le soufre, le mercure, le chlore, etc., J'ai remarqué que les plantes fétides, telles que le datura-stramonium, la ciguë, la mandragore, etc., sont rarement attaquées par les insectes. On sait que la fumée de fiente de vache éloigne les abeilles, les moustiques et d'autres insectes. Beaucoup de substances pourraient donc être mises en usage dans le même but: c'est là une étude à faire, quant au choix, et quant à la manière de les employer. Pour cet objet, il faudrait considérer que les virus sont *aériens ou terrestres*, c'est-à-dire qu'ils volent dans l'air, ou qu'ils circulent sur la terre. Contre ceux-là il faudrait surtout employer des fumigations, et contre ceux-ci des lotions et des topiques.

SECTION XIII. — *Quelques aperçus particuliers sur certains virus passagers et aériens, sous le rapport de l'incubation et de la multiplication.*

Si l'art ne peut pas beaucoup contre la contagion de ces virus,

il peut encore moins modifier leur action pendant ces deux périodes, parce que l'une est le temps de leur gestation, et que l'autre est celui de leur enfantement. Dès qu'ils sont, pour ainsi dire, sous la sauvegarde de notre organisme, il n'est rien qui puisse les empêcher de remplir ces fonctions naturelles. Peut-on espérer de parvenir un jour à neutraliser leur action au dedans de nous-mêmes? Osons l'espérer. Si l'on pense qu'on peut détruire la gale et la syphilis, lorsqu'elles ont porté leur influence dans tout notre être, il est raisonnable de croire qu'on pourra découvrir quelque remède contre la fièvre jaune, le choléra, le typhus et les autres virus aériens dès leur invasion.

Aucun virus ne peut produire d'effet appréciable, immédiatement après la contagion : chacun d'eux a un minimum et un maximum de temps pour son incubation, mais l'intervalle qui sépare ces deux extrêmes n'est jamais bien long, surtout dans les virus aériens : on peut établir, comme un fait certain, que leur incubation ne dépasse pas ordinairement un septénaire. Cette remarque m'a fait connaître combien on avait quelquefois erré sur l'étiologie de certaines affections. Par exemple, on trouve dans les auteurs des observations sur la rage, où il est dit que cette maladie s'est développée dans les premiers jours de la contagion, et, dans d'autres cas, plus d'un an après ; se fondant, ces auteurs, sur ce qu'ils voyaient plusieurs symtômes nerveux, notamment l'horreur de l'eau. J'oserais affirmer que ces maladies n'étaient que des hydrophobies nerveuses et non des hydrophobies virulentes. J'ai vu plusieurs cas de rage, chez l'homme et chez les animaux : toujours la maladie a surgi pendant le troisième septénaire, ou peu après. Ainsi que cela a été dit, l'incubation des virus étant une fonction qui leur est naturelle, étant une véritable gestation, il ne peut jamais y avoir une grande variation sur l'époque pendant laquelle ils doivent apparaître.

Il y a des virus qui ne sont pas absorbés et portés dans le torrent de la circulation, ou du moins il leur faut un temps très-long pour que cela ait lieu. La teigne et la gale sont dans ce cas. D'autres sont promptement absorbés, et agissent plus ou moins fortement dans l'économie, avant de se montrer à sa surface : telles sont la petite vérole et la rougeole. Il en est qui agissent visiblement sur le lieu où ils ont été posés, pour de là attaquer de proche en proche tout l'organisme : c'est ainsi qu'opèrent la syphylis, et surtout la pustule maligne. Les uns agissent donc du dehors au dedans, et les autres du dedans au dehors, C'est là une distinction infiniment importante, parce qu'elle fait comprendre l'extrême urgence, dans quelques cas, d'attaquer promptement

le mal dans le lieu qu'il occupe. Je me propose, dans la seconde partie du présent ouvrage, de dire ce que ma pratique a pu m'apprendre de particulier sur quelques virus; là, j'expliquerai ce qui fait l'objet de cet alinéa.

SECTION XIV. — *De quelques maladies miasmatiques qui présentent, parfois, l'apparence des virus.*

Les miasmes circulent dans l'air comme certains virus, mais ils ne se régénèrent pas. Ils doivent être le résultat de certaines combinaisons des éléments, lors de la décomposition des animaux et des végétaux. Quoiqu'il en soit, un assez grand nombre de maladies leur doivent naissance. Celles qui me paraissent les plus fréquentes et les plus dangereuses sont : la dyssenterie, la fièvre puerpérale, certains érysipèles, la phlébite et la pourriture des hôpitaux. Quelquefois toutes ces maladies paraissent prendre un caractère contagieux, et par conséquent rentrer dans la classe des virus; mais il me semble que ce n'est là qu'une apparence et non une réalité. Tout virus est contagieux de sa nature; or, ces maladies n'étant pas toujours contagieuses, on ne peut pas, dans l'état actuel de la science, les considérer comme des virus. La dyssenterie, par exemple, qui se propage dans les camps et sur les vaisseaux avec une effrayante rapidité, règne dans nos campagnes sous la forme sporadique, et jamais, que je sache, on ne l'a vue se transmettre d'un individu à un autre. Ce n'est pas ainsi que se comportent les vrais virus. Par exemple, le typhus, éminemment contagieux dans les armées, l'est aussi parmi les populations des villages et des cités. Si de ces faits dissemblables on veut tirer des conclusions logiques, on doit dire que la plus grande propagation de ces maladies n'est pas due à un principe virulent, mais bien à la plus grande accumulation des miasmes, et aussi au défaut des soins hygiéniques.

Ce sera toujours une chose digne des plus sérieuses réflexions que l'existence de ces maladies, et la manière dont agissent les remèdes qu'on leur oppose. Le quinquina, qui guérit les fièvres intermittentes, l'onguent mercuriel, qu'on emploie avec succès contre la fièvre puerpérale, me paraissent bien plus agir en neutralisant la cause miasmatique, qu'en modifiant l'organisme. La pourriture, dite d'hôpital, qui suit les grandes opérations, la fièvre puerpérale et la phlébite, me paraissent dépendre de la même cause miasmatique. J'oserais croire qu'on préviendrait les phlébites dans les hôpitaux, ou du moins qu'on en diminuerait le nombre, si l'on trempait la lancette dans l'onguent mercuriel avant l'opération de la saignée, et si l'on couvrait la petite plaie

avec dn taffetas qu'on aurait frotté avec cet onguent. Des soins analogues pourraient être pris après les grandes opérations, parce que le miasme s'introduit par les plaies : la manière dont commencent les phlébites me paraît en être une preuve certaine.

SECTION XV. — *Tous les virus doivent être d'origine aquatique.*

L'opinion que ce titre énonce pourra d'abord surprendre mes lecteurs et exciter leurs doutes : mais elle est fondée sur la vérité, ainsi que je vais tâcher de le prouver par un raisonnement fondé sur l'observation.

Aucun virus ne peut se nourrir ni engendrer ailleurs que dans des liquides. Lorsqu'ils pénètrent les corps animés, ils se plongent dans leurs sucs, s'y baignent, circulent avec eux, s'alimentent de ces principes nutritifs et y engendrent leur postérité. On dirait qu'ils se soucient fort peu de l'air atmosphérique, mais ce n'est pourtant là qu'une apparence : il vient un moment où il leur est indispensable, de même qu'à tous les habitants des eaux. Après qu'il se sont enfoncés dans l'épaisseur de nos parties, ils viennent, dans un temps qui leur est prescrit, déposer à la surface de nos corps les fruits de leurs amours ; sans doute pour leur faire respirer ce fluide, l'aiguillon de la vie, *et souvent aussi pour favoriser leur funeste ascension.* Si, par leur nature ils devaient vivre dans l'atmosphère, ils y accompliraient ces deux grands actes de la vie (la nutrition et la génération), comme les y accomplissent tous les êtres dont l'air est le principal élément. Personne, je crois, ne peut révoquer en doute ce qui est dit ici. Cela seul, une fois bien compris et médité, pourrait porter la conviction dans tous les esprits, et donner l'assurance que les virus ne peuvent être qu'aquatiques ; mais bien des choses sont encore à dire pour rendre de toute évidence cette importante vérité.

Tous les virus n'ont pas les mêmes besoins, ni, s'il est permis de le dire, les mêmes mœurs, parce qu'ils ne sont pas semblables : leurs cruels effets ne le prouvent que trop. Il en est qui peuvent exister quelques instants dans l'air (jamais longtemps), et ce sont ceux qui ne peuvent contaminer que par l'intermédiaire de ce fluide. Le choléra et la fièvre jaune me paraissent être dans ce cas ; on pourrait, en quelque sorte, les considérer comme amphibies. D'autres ne sortent jamais d'eux-mêmes, des fluides qui les contiennent (la vaccine, la rage) et s'ils peuvent conserver la vie après en être sortis par un moyen quelconque, ils sont dans l'air comme engourdis et sans action. Pour leur redonner leur activité naturelle, *il faut les replonger dans l'eau*, parce

que c'est leur véritable élément. Jamais, sans cela, ils ne pourraient contaminer : ils sont donc purement aquatiques.

Mais les virus avant d'attaquer, pour la première fois, l'homme et les animaux, résidaient quelque part sur la terre ; car ils n'ont pas commencé d'être alors. Ils ont, comme tout le reste de la nature, une antiquité égale à celle du temps, et ils sont un anneau de la création: où étaient-ils donc, ces parasites, avant cette union hétérogène ? Depuis qu'ils nous sont connus, nous voyons que les corps aqueux et nutritifs sont leur asile indispensable ; qu'ils ne peuvent réellement pas vivre, ou que bien peu, sans y nager toujours, et s'y plonger sans cesse. Ainsi donc, c'était dans des lieux contenant toujours de l'eau et des sucs nourriciers qu'était leur premier gîte, et nous devons croire que leurs semblables y sont encore. Or, les marais, qui réunissent ces deux conditions, qui sont le réceptacle d'une quantité innombrable de diverses espèces d'insectes, me paraissent avoir été leur berceau de tous les temps, et être encore leur demeure naturelle.

Oui, c'est dans ces lieux de corruption que vivent toutes les causes virulentes, et ce n'est pas sans raison qu'on les a toujours considérées comme les parties de la terre les plus dangereuses à habiter. Si nous fixons notre attention sur ce qui se passe à cet égard dans les pays marécageux, nous verrons que c'est là que les virus, surtout ceux qui sont aériens, exercent leur funeste empire. Le choléra-morbus règne endémiquement sur les bords fangeux de l'Indus et du Gange ; la fièvre jaune sur les rives des fleuves et des ports du continent de l'Amérique méridionale et des Antilles. Lorsque ces virus s'avancent dans les terres, *et voyagent au loin*, ce n'est en quelque sorte que par erreur de lieu, et en passant d'un individu à un autre, parce qu'ils y trouvent tout ce qui est nécessaire à leur existence. Pendant qu'ils sont dans l'air, il faut qu'ils trouvent, *à de courtes distances*, des gîtes contenant leur nourriture et les facilités convenables à leur reproduction, sans cela ils cesseraient d'être bientôt.

Ordinairement les virus aériens des climats très-chauds, qui passent dans des climats très-froids, au moyen des personnes ou des objets qui les transportent, ne peuvent y sévir que temporairement ; *ils s'y épuisent, et périssent dans ces climats étrangers*, tandis que, dans leur pays natal, ils peuvent contaminer sans cesse, en se retrempant à leur source. La fièvre jaune et le choléra sont venus en Europe, mais ils n'ont pu s'y maintenir. Le virus de la variole est peut-être le seul qui soit cosmopolite, et qui possède tous les modes de transmission. Quant à ceux qui ne sont qu'aquatiques, il faut aller les trouver dans leur asile pour les pren-

dre ; ils ne sont point faits pour voyager d'eux-mêmes.

Chaque corps qu'ils attaquent a été chez eux, et ils cessent d'exister s'ils ne sont inoculés, ou transmis par un contact immédiat du corps malade à des corps sains. La pustule-maligne et la vaccine sont dans ce cas; je présume que cette dernière a été prise, primitivement, par des vaches dans des eaux bourbeuses. On verra plus bas qu'il est très-probable que la pustule maligne fasse son séjour dans des lieux semblables. Il me paraît très-essentiel de bien distinguer ces deux genres de virus, et je vais le faire dans le tableau suivant :

VIRUS

AQUATIQUES.		AQUATIQUES ET AÉRIENS.	
Ils ne peuvent se prendre que par un contact immédiat ou par inoculation.	Pustule maligne. Vaccine. Rage. Teigne. Gale. Syphilis. Pellagre.	Ils ne se prennent que par l'intermédiaire de l'air. La variole seule peut se communiquer aussi par l'inoculation.	Variole. Rougeole. Scarlatine. Suette. Choléra asiatique. Fièvre jaune. Typhus. Peste. Lèpre. Coqueluche.

On comprend facilement l'extrême importance de cette distinction, parce que pour se garantir des premiers, qui se prennent par un contact immédiat, il ne faut que des précautions ordinaires, tandis que pour les seconds, que l'air peut nous communiquer, il faut employer, avec activité et persévérance, tous les moyens préventifs que la science peut faire connaître.

SECTION XVI. — *Tous les vers qui vivent dans l'intérieur de l'homme et des animaux sont aquatiques.*

Par cela seul que ces insectes peuvent vivre et engendrer dans l'intérieur de notre corps, on pourrait, se fondant sur des lois constantes de la nature, en conclure qu'ils sont, et qu'ils ne peuvent être qu'aquatiques ; mais cette conclusion pourrait ne pas suffire à tous les esprits; il leur faut des preuves, et je vais en donner

Ainsi que cela a été dit, rien ne m'avait autant préoccupé, dès le commencement de ma pratique, que l'existence des matières virulentes, qui, entièrement inconnues dans leur essence, me paraissaient s'étendre sur tous les êtres qui couvrent la surface de la terre. Je me demandais : comment se fait-il que l'air, ce

principal aliment de de la vie, qui devrait l'exciter sans cesse, puisse contenir pour nous des germes de mort. Comment se fait-il qu'un atome de ces matières, passant en nous, puisse agiter tout notre être, le convertir, en partie, en sa propre substance, et finir souvent par le détruire? Tout cela me paraissait difficile à concevoir, mais non pas impossible. Je pensais que si les médecins s'attachaient, avec persévérance, à étudier ces causes de maladies, ils pourraient parvenir à les connaître, parce qu'après tout elles faisaient partie des objets de la nature. C'est cette pensée qui m'a toujours guidé, et qui m'a fait suivre mon sujet aussi loin que mes faibles lumières et ma position me l'ont permis. Lors donc que je dus m'expliquer l'origine des vers qui viennent en nous, je présumai d'abord que l'eau était leur première demeure, parce qu'ils vivaient dans un milieu toujours plein de liquides. Alors je me dis : si ces insectes sont originaires de l'eau, germes et insectes doivent se retrouver quelque part dans l'eau, *on doit aussi en trouver dans les animaux qui vivent sans cesse dans ce liquide*, et je pris la résolution de les y chercher. Une épidémie vermineuse, qui eut lieu à Gujan en 1811, vint hâter cette recherche : en voici les principales circonstances.

Pendant le mois d'août, et jusques à la mi-octobre de l'année 1811, il régna dans la commune de Gujan (à deux lieues de la Teste) une maladie vermineuse, qui fit périr 27 enfants. Il en mourut 20 dans le seul quartier de Laruade, qui n'a que 230 habitants! C'était une fièvre muqueuse très-intense, accompagnée d'aphthes de tranchées, et d'une diarrhée très-violente. Ces évacuations étaient sanguinolentes, ou avaient la couleur du nanquin, et contenaient ordinairement des strongles. En 1812, j'envoyai l'histoire de cette maladie à la Société royale de médecine de Bordeaux, dans un Mémoire que je fis alors sur la constitution médicale des communes qui bordent le bassin d'Arcachon, pendant l'année 1811.

J'avais déjà observé que, lorsque le printemps était très-humide, les affections vermineuses étaient fréquentes; or, cette année-là, les mois d'avril et de mai furent très-pluvieux, et cette coïncidence fortifiait mon observation. Mais, pour la rendre fructueuse, il fallait m'expliquer comment l'abondance des eaux pluviales pouvait produire cette épidémie : c'est de quoi je m'occupai avec ardeur.

Bien convaincu que les vers ne se créaient pas spontanément dans l'économie, comme certaines personnes paraissent le croire, mais qu'ils nous viennent du dehors, je fus naturellement conduit à examiner les eaux de Gujan, et dans toutes celles que j'ob-

servai, je vis, à l'œil nu, des vers blancs, longs d'une à deux lignes, et de la ténuité d'un cheveu, qui s'agitaient vivement dans le liquide, et dont la forme paraissait semblable aux strongles (lombricoïdes vulgaris) que les malades rendaient. Je dois noter ici que la plupart des puits étaient en très-mauvais état, et que l'eau de la surface du sol pouvait facilement y entrer. Rien ne me donnait pourtant l'assurance que ces petits vers fussent les germes des grands; mais ayant fait rendre à un malade plusieurs lombrics, courts et très-gros, je fis sortir de leurs corps, en les pressant, de petits vers tout vivants, semblables, pour la couleur et pour la forme, à ceux de l'eau; seulement leurs dimensions, tant en longuenr qu'en grosseur, étaient un peu plus grandes, ce que pouvait facilement expliquer la différence de leur nourriture et des lieux qu'ils occupaient.

Cette sorte de découverte excita vivement ma curiosité, en même temps qu'elle me raffermissait davantage dans ma croyance. En effet, je voyais les lombrics *se reproduire en nous*, et leurs petits avoir beaucoup de similitude avec les vers de l'eau. Il y avait bien là motif de croire à leur identité, et à la possibilité que ceux-ci, une fois parvenus dans le canal alimentaire, pussent acquérir la grandeur des plus forts strongles, sous l'influence d'une douce chaleur et d'une abondante nourriture. Cependant la preuve ne me paraissait pas complète. Je savais que les chats, les chiens et surtout les cochons avaient des vers; mais c'était toujours pour moi la même incertitude, quant à leur origine : alors je pensai que, si ces insectes étaient absolument aquatiques, les poissons devaient en avoir.

Je fis des recherches nombreuses *sur des poissons d'eau douce*, que fournissent les étangs qui bordent les dunes, et j'en trouvai en quantité, surtout dans le brochet, le sergent et la tanche. Leurs formes étaient les mêmes que celles des lombrics, mais ils étaient plus petits. Je fis les mêmes recherche *sur des poissons de mer*, principalement sur la raie et le merlan, qui en contenaient en abondance. *J'ai souvent aussi trouvé le tœnia* dans plusieurs poissons, et surtout dans une espèce d'éperlan qu'on prend ici dans le bassin d'Arcachon. C'est dans l'automne que tous ces poissons contiennent le plus de vers. On peut s'assurer de l'exactitude de ces faits, en se livrant aux mêmes recherches avec persévérance.

Après avoir *vu des vers dans les poissons d'eau douce et d'eau salée*, il me paraît de toute évidence que tous ces animaux sont aquatiques; et que les nôtres nous viennent de l'eau que nous buvons, et qu'ils ne peuvent nous venir d'ailleurs. Si l'on réfléchit

bien à cela, et si l'on se donne la peine de faire les mêmes observations que moi, j'ose croire qu'il ne restera plus d'incertitude à cet égard. Cependant, comme il serait possible qu'on m'opposât, comme une fin de non-recevoir, l'idée assez répandue, que ces vers se créent spontanément en nous, il me paraît utile de la combattre.

Tous les médecins, qui ont traité des maladies vermineuses, ont pu s'assurer qu'il y a des lombrics qui contiennent de petits vers, tout vivants, dans leur intérieur ; or, puisqu'ils engendrent, ils ont eux-mêmes été engendrés, et ne sont pas l'effet d'une création spontanée. Cette croyance, qui me paraît peu scientifique, s'appuie pourtant sur l'opinion de certains savants, qui admettent ce mode de création, pour les êtres les plus bas placés dans l'échelle animale.

C'est une grande question, que celle des créations spontanées! La résoudre par l'affirmative est chose facile, puisqu'il ne faut faire aucun travail ; cela plait à notre esprit paresseux et peu pénétrant; mais peut-être est-ce peu sage ? En effet, lorsqu'on réfléchit bien sur l'acte mystique par lequel la matière passe de l'état inerte à celui de matière organisée et vivante, on comprend qu'il y a autre chose qu'une force brute qui opère cette merveilleuse transformation; que ce mode d'union entre les éléments est primitif, égal au temps pour sa durée ; qu'il se transmet d'être à être et ne se crée pas. Ensuite on est persuadé qu'on ne croit à la création spontanée du monde microscopique, que parce qu'on l'a mal étudié, et qu'on l'ignore presque complétement.

Les anciens, dont nous dédaignons peut-être trop les opinions relatives aux choses de la nature, nous ont laissé, comme on sait, cette fameuse sentence : *Omnia ex ovo*. C'est qu'eux aussi savaient observer, et peut-être avec un peu plus de profondeur que nous. Il faudrait donc y regarder à plus d'une fois avant d'annihiler ainsi leur sentence, qui paraît plus juste, et par conséquent plus philosophique. De ce qu'on est embarrassé d'expliquer comment se produisent ces petits êtres, il ne faut pas en conclure que cela se fait autrement que chez ceux qui sont plus grands. De même que ceux-ci, le ciron se reproduit par voie de génération, et, dans son infiniment petit, il se montre avec autant de perfection qu'eux. Ne soyons donc pas étonnés de cet embarras : nous ne voyons les pères qu'à l'aide des instruments, comment pourrions-nous voir les enfants, et la matière dont ils sont formés ? De même que dans les plantes cryptogames, leurs germes doivent être d'une ténuité extrême ; ce qui peut faire comprendre comment plusieurs sortes d'insectes se dévoloppent dans les parties les plus

profondes et les plus solides de notre organisme. J'ai vu des cysticerques remplir tout l'intérieur d'un tibia d'un jeune homme (ils causèrent sa mort) qui était obligé, par état, de passer souvent nu-pieds dans des eaux bourbeuses, et qui buvait chaque jour des eaux de ces marais. Comment ces insectes étaient-ils parvenus là ? Croit-on qu'ils s'y étaient engendrés ?... Pas du tout : leurs germes y étaient arrivés par le torrent de la circulation, de la même manière, par exemple, *que la matière de la petite vérole qu'on a inoculée, et qu'on voit se répandre par cette voie dans tout notre corps*, après s'être prodigieusement accrue.

Ce qui se passe dans ce cas donne l'assurance que les virus *ont des germes qui les reproduisent :* que ces germes sont d'une grande ténuité ; qu'ils ont la puissance de traverser toutes nos parties, de grandir à nos dépens, et de vaincre toujours les forces vitales, pour accomplir leur destinée. Quand on s'occupe sérieusement de ce grandiose sujet, on est surpris que ces phénomènes, si étonnants et si graves, n'aient jamais fixé l'attention des savants pour en tirer des conséquences logiques, qui eussent pu, depuis longtemps, conduire à la parfaite connaissance de ces causes de maladies. Mais, pour ne pas trop m'écarter de mon sujet, je dis : Ainsi que les virus, tous les animaux microscopiques ont des germes qui les perpétuent ; lorsqu'on trouve de ces animaux sans savoir d'où ils viennent, c'est que leurs germes les avaient précédés, sans qu'on eût pu les apercevoir, ni se douter de leur existence. Cette opinion me paraît la seule vraie, la seule conforme aux lois de nature, parce que nous ne voyons pas de créations nouvelles parmi les êtres que leur grandeur nous permet de voir, et qu'il me paraît rationnel de croire qu'il en est de même pour ceux que nous ne voyons pas. Si en semblable matière on devait, pour la mieux éclaircir, appeler la philosophie à son aide, ne pourrait-on pas dire : que la création fut complète dès le commencement des temps, qu'elle est toujours une, et qu'elle se continue sur les mêmes bases, d'après des lois fixes et invariables ?

Ici se termine la partie théorique de mon travail. J'ai tâché de l'établir sur des principes naturels, me servant pour cela de la méthode comparative et analytique. Malgré cela, je ne prétends pas avoir tiré tout le parti possible de mon sujet, ni l'avoir traité avec perfection et sans erreur ; mais, si mes faibles lumières et ma raison ne m'ont pas laissé entièrement faillir, il m'est permis de croire que j'ai dit des choses vraies et utiles. Dans la partie qui va suivre, j'exposerai ce que ma longue pratique a pu m'apprendre sur les maladies virulentes. Mes lecteurs verront que j'ai cherché à connaître les effets des virus dans les maladies qu'ils

produisent, et ils jugeront si j'ai suivi les saines doctrines dans ce qui peut maintenant en être connu. Lorsque j'aurai été forcé de me guider seul, faute de voies tracées par la science, j'ose espérer qu'ils aprécieront mes efforts pour tâcher de me conduire d'après des principes véritablement dogmatiques. Ayant ainsi composé mon œuvre, j'y joindrai une petite dissertation sur l'entrée du choléra asiatique en Europe, et sur la marche qu'il y a suivie. Ce sujet s'unira, naturellement, à ce qui doit le précéder, parce qu'il tendra à jeter plus de lumière sur la pathogénie des virus.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE.

Chloroforme. — M. Sédillot adresse une note complémentaire de sa première communication sur l'emploi du chloroforme. Depuis sa dernière lettre à l'Académie, il a pratiqué diverses opérations sur 9 malades soumis à l'action des inspirations du chloroforme. Tous ces malades ont obtenu le bénéfice de l'insensibilité au bout de deux à trois minutes, et aucun d'eux n'a éprouvé d'accidents d'aucune sorte. Le procédé dont il s'est servi est le plus simple de tous, c'est celui qui consiste à verser du chloroforme rectifié sur un mouchoir que l'on approche de la bouche et des narines du malade.

Voici en quels termes M. Sédillot résume les effets qu'il a observés et le jugement qu'il croit devoir porter sur le chloroforme :

Cette substance, dit-il, paraît, comme l'a avancé M. Simpson, destinée à remplacer l'éther sulfurique avec avantage.

Les effets en sont généralement plus prompts et plus persistants.

L'emploi en est beaucoup plus facile.

Tous les malades se sont accordés à en trouver l'odeur agréable ; aucun d'eux n'a toussé ni accusé de sentiment d'ardeur dans la poitrine, aucun n'a cherché à se soustraire aux inspirations.

Dans l'une de ces opérations, le malade est resté prostré et sans aucune trace de sensibilité ni de mouvement, pendant plus de quarante minutes, sans en avoir éprouvé aucun malaise, preuve évidente de l'innocuité et de la complète efficacité de cet agent.

Maladies des ouvriers employés au blanchiment des dentelles. — M. Blanchet fait part à l'Académie des observations qu'il a faites depuis

quelques temps sur des malades employés dans des fabriques de Paris au blanchiment des dentelles, connues sous le nom d'applications de Bruxelles. Ces personnes, qui ont réclamé ses soins pour un affaiblissement dans les sens de la vue et de l'ouïe, ont présenté une affection offant tous les caractères d'une amaurose saturnine des yeux et des oreilles.

En visitant un des ateliers où se pratique l'apprêt de ces dentelles, il a remarqué que le blanchiment s'opère de la manière suivante :

Une bande de dentelle est placée dans une peau, ou simplement entre deux feuilles de papier, dans l'intérieur desquelles se trouve une suffisante quantité de carbonate de plomb ou blanc de céruse, que les ouvriers connaissent sous le nom de blanc d'argent. Pour recouvrir toutes les parties du tissu de blanc d'argent, ils frappent sur la peau qui le coutient.

Pendant cette opération, qui dure assez longtemps, l'ouvrier se trouve plongé dans une atmosphère de carbonate de plomb.

L'exiguité du local où se font les apprêts, le grand nombre d'ouvriers qui sont assemblés dans une même pièce, le peu de précaution qu'ils prennent pour se préserver de l'influence du poison sont autant de circonstances qui viennent favoriser l'absorption des molécules saturnines et causer les accidents signalés.

Nouveau lithomètre. — M. Leroy-d'Étiolles adresse une note ainsi conçue :

Les avis sont partagés, dit-il, sur la question suivante : Convient-il de se servir des instruments lithotribes pour apprécier les conditions dans lesquelles se trouvent les calculs urinaires, et décider de l'opportunité de la lithotritie ? Un membre associé de l'Académie des sciences se déclare pour l'affirmative, tandis qu'un des membres titulaires de cette Académie pense, au contraire, qu'une telle manière d'agir a de graves inconvénients ; qu'elle fait courir des risques tout aussi grands, parfois même plus grands que ceux d'une lithotritie complète, et qu'elle permet de masquer sous le nom d'exploration des tentatives infructueuses d'opération. A ces deux objections j'en ajoute une troisième, c'est que l'exploration avec les instruments brise-pierres n'apprend rien que ne puisse faire connaître une sonde manœuvrée convenablement. Ce que j'avance, j'offre de le prouver. Mais ce n'est pas là le principal but de ma lettre. Je désire soumettre à l'examen de l'Académie un instrument qui ajoute une notion à celles que l'on pouvait acquérir. Ni la sonde ni le brise-pierre courbe à deux branches ne donnent le diamètre transversal des calculs ; ils ne font connaître que l'antéro-postérieur. Le nouveau lithomètre que j'ai l'honneur de vous adresser indique avec précision le diamètre transversal, comme je le démontrerai à MM. les com-

missaires que je prie l'Académie de nommer. Ce mécanisme, s'il était combiné avec un brise-pierre ordinaire, embrasserait un calcul de quatre côtés, mais cette combinaison produirait une machine fort compliquée, sans profit pour le diagnostic.

Je rappellerai enfin la règle de proportion que j'ai observée entre les trois diamètres des calculs d'acide urique, d'après laquelle la longueur l'emporte d'un cinquième sur la largeur, et la largeur d'un tiers *au moins* sur l'épaisseur.

Appareil pour le chloroforme. — M. Charrière présente à l'Académie un nouveau modèle d'appareil pour l'inhalation des vapeurs du chloroforme accompagné d'une note dont voici la substance.

Les appareils présentés à la dernière séance de l'Académie ont été expérimentés avec succès; cependant plusieurs praticiens désiraient un appareil encore plus réduit, et dont l'aspect n'eût rien d'imposant, ni par sa forme, ni par les dispositions préalables à son application, qui pourtant produisît un isolement complet, soit du liquide, soit des tissus ou éponges qui en sont imprégnés, qui permît à l'air atmosphérique de se mélanger suffisamment aux émanations anesthésiques du chloroforme, et qui pût enfin s'appliquer sur toutes les variétés de forme et de grandeur des faces humaines.

L'appareil, présenté aujourd'hui à l'Académie, remplit toutes ces conditions : il s'agit tout simplement d'un corps en étoffe de soie, de forme cylindrique, qui se développe au moyen d'un ressort en spirale comme une lanterne sourde, puis se replie sur lui-même et peut, quand il est fermé, tenir facilement dans une tabatière. L'embouchure ou extrémité supérieure est fermée d'un cercle en argent très-mince et flexible, qui s'adapte parfaitement à toutes les variations de formes. Il y a de ces embouchures qui se placent sur la bouche, d'autres qui couvrent le nez seulement, d'autres enfin qui embrassent à la fois le nez et la bouche. Ces trois systèmes ont été expérimentés successivement avec succès dans les hôpitaux et dans la pratique particulière.

Quelle que soit la forme de l'embouchure, la base de l'appareil est fermée d'une virole métallique sur laquelle s'applique extérieurement une rondelle en épais tissu de coton d'un diamètre un peu plus étendu que celui de la virole, ensuite on place deux ou trois autres rondelles du même tissu, mais plus petites, ou des morceaux d'éponge, si on le préfère; puis on les recouvre d'une autre rondelle de même grandeur que la première, et l'on étreint les bords dépassant dans une bague métallique qui les entoure et les fixe aux parois externes de la virole : c'est le système du cercle inférieur d'un tamis. En cet état, on verse sur ces tissus superposés la quantité de chloroforme suffisante pour produire l'insensibilité, soit 8 ou 10 grammes : la disposition capillaire des tissus étend

promptement le liquide si l'on aspire immédiatement. L'air atmosphérique s'introduit en quantité suffisante à travers les tissus des rondelles et du corps de l'appareil.

M. Charrière a présenté aussi un petit appareil en métal ayant la forme d'une lorgnette et se fermant de la même manière. Cet appareil est terminé à son extrémité inférieure par une boîte contenant des objets spongieux.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE.

Influence des nerfs rachidiens sur les mouvements du cœur. — M. Magendie lit un mémoire sur ce sujet. On sait qu'en 1837 M. Magendie avait institué des expériences ayant pour objet de mesurer les degrés divers de l'intensité des contractions du cœur et, par l'intermédiaire de celles-ci, la vivacité des sensations, expériences dont il avait déduit ces trois propositions, savoir : qu'il existe une étroite relation entre les sensations de toute nature, agréables ou douloureuses, et la fréquence, l'énergie des contractions des ventricules du cœur; qu'on peut jusqu'à un certain point mesurer les effets de cette relation par la hauteur d'une colonne de mercure contenue dans un tube manométrique : que le plus souvent l'élévation du mercure dans le tube gradué est en raison de l'intensité des sensations. Mais ces premières expériences, faites avec un instrument qui ne permettait que des appréciations approximatives, laissaient à désirer sous le rapport de la précision. Possédant maintenant un moyen physique d'apprécier la réaction que les organes et spécialement les nerfs exercent sur les mouvements du cœur (instrument auquel il donne le nom de *cardio-dynamomètre*, et dont il se propose d'exposer plus tard le mécanisme à l'Académie, à l'aide duquel on juge facilement des différences de moins d'un millimètre), M. Magendie a voulu savoir si les racines rachidiennes motrices ont sur le cœur le même mode ou le même degré de réaction que les racines sensitives.

Il résulte des expériences qu'il a instituées à cet effet;

1° Que les nerfs rachidiens, quand ils sont excités par un agent mécanique ou physique, réagissent sur le cœur en modifiant ses mouvements.

2° Que la réaction cardiaque sous le même excitant est plus marquée dans les nerfs sensibles que dans les nerfs moteurs ;

3° Que l'intensité de la réaction cardiaque dans les deux sortes de nerfs rachidiens est en raison du degré de sensibilité de ces nerfs ;

4° Que la perte définitive de la sensibilité directe ou récurrente détruit toute réaction cardiaque ;

5° Que, dans certaines conditions encore indéterminées, l'absence temporaire de la sensibilité récurrente dans la racine motrice peut coïncider avec sa réaction sur les contractions du cœur.

chloroforme. — M. Roux demande la parole pour présenter quelques considérations sur le chloroforme.

Après avoir fait connaître les principaux faits de sa pratique à l'Hôtel-Dieu, M. Roux résume son opinion sur l'action anesthésique du chloroforme, en disant que cette substance produit l'insensibilité d'une manière aussi complète que l'éther, qu'elle la produit plus promptement, mais aussi que le réveil est plus prompt. On a dit que le chloroforme ne produisait aucune sorte d'accident et qu'il n'avait point les inconvénients que l'on a reprochés à l'éther, celui entre autres de déterminer chez quelques malades un certain état d'agitation ; M. Roux ne parait pas avoir constaté une très-grande différence sous ce rapport; quelques-uns de ses opérés ont été en proie à une certaine excitation, comme avec l'éther. En ce qui concerne la manière de procéder, M. Roux, après avoir essayé les divers moyens qui ont été successivement indiqués, s'en est tenu aux appareils de MM. Charrière et Lüer, qui lui ont paru les plus sûrs et les plus commodes.

M. Velpeau : J'ai connu, comme M. Roux, que le chloroforme produit l'insensibilité aussi complétement et plus rapidement que l'éther ; mais je ne suis point du même avis que lui, lorsqu'il dit que le réveil est plus prompt ; j'ai constaté, au contraire que la durée de l'insensibilité était généralement plus longue avec le chloroforme qu'avec l'éther, et j'ai pu même utiliser cette circonstance pour des opérations qui exigeaient beaucoup de temps. Ainsi, dans une opération de hernie étranglée qui a exigé dix-sept minutes, j'ai été assez heureux pour que l'insensibilité se soit maintenue pendant tout ce temps.

En ce qui concerne les appareils, je ne suis pas non plus tout à fait de l'avis de M. Roux : l'éponge m'a paru être ce qui réussit le mieux et le plus sûrement. En résumé cette nouvelle manière de produire l'insensibilité me paraît plus prompte, plus complète, et accompagnée de moins d'embarras que l'éthérisation. Le réveil qui succède à l'insensibilité produite par le chloroforme est plus calme, plus tranquille que celui qui suit l'insensibilité produite par l'éther. Mais il reste un point important à éclaircir : c'est celui des accidents dont ce nouvel agent peut devenir l'occasion. M. Gavarret a fait quelques expériences dans le but d'étudier l'influence du chloroforme sur les animaux. Il a produit en une minute sur des cochons d'Inde une insensibilité telle que, s'il eût poussé plus loin l'expérience, il en serait certainement résulté la mort de ces animaux.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que si M. Simpson, à qui nous devons les premières applications du chloroforme, connaît bien le véritable inconvénient de l'éthérisation, il paraît ignorer que c'est par un de nos collègues, par notre honorable secrétaire perpétuel, M. Flou-

rens, qu'ont été faites les premières expériences avec le chloroforme. J'ai cru qu'il était de mon devoir de rappeler ici ce fait.

M. Flourens : J'aurais quelques expériences nouvelles à communiquer à l'Académie sur l'action du chloroforme sur le système nerveux des animaux ; mais le temps ne me permettant pas d'exposer aujourd'hui le résultat de mes expériences, je me bornerai à déclarer qu'elles confirment entièrement tout ce que vient de dire M. Velpeau. Je n'ajouterai qu'un mot : lorsque je fis connaître mes expériences avec l'éther, je dis en parlant de cette substance : C'est un agent merveilleux et terrible. Je dirai aujourd'hui du chloroforme : C'est un agent plus merveilleux et plus terrible encore.

L'Académie reçoit sur le même sujet les communications suivantes :

M. Gruby communique le résultat des expériences qu'il a faites sur l'action du chloroforme, chez les animaux, comparée à celle de l'éther sulfurique.

De nombreuses expériences faites sur des chiens et des lapins lui ont démontré :

1° Que le sang artériel, loin de se changer en sang veineux pendant l'inspiration du chloroforme, reste non seulement rouge, clair, mais redevient rouge, clair, si, par l'asphyxie, il avait été changé en sang noir ;

2° Q'une partie de l'animal, un membre, par exemple, séparé du tronc et exposé aux vapeurs du chloroforme ou à celles de l'éther sulfurique, devient insensible ;

3° Que la sensibilité se rétablit dans le même membre si l'expérience est interrompue ;

4° Que, pendant l'inspiration des vapeurs de chloroforme, le nombre de respirations augmente en raison du degré d'insensibilité ;

5° Que les animaux peuvent rester dans l'état d'insensibilité produite par le chloroforme pendant plusieurs heures et revenir ensuite en pleine santé, si l'inhalation des vapeurs est de temps en temps interrompue ;

6° Qu'au contraire, les lapins, les chiens et les grenouilles meurent subitement au bout d'une à quatre minutes d'inspiration, si la dose de chloroforme excède 3 à 4 grammes, et si l'inhalation est non interrompue.

En résumé, d'après M. Cruby, les avantages du chloroforme sur l'éther seraient :

1° Que le sang dans les artères reste rouge sous l'influence du chloroforme, tandis qu'il devient noir sous l'action de l'éther ;

2° Que l'action enivrante est plus rapide, et que la sensibilité se rétablit plus promptement si l'expérience est interrompue ;

3° Que les chairs des animaux morts par l'inhalation du chloroforme

peuvent servir d'aliments, ce qui n'est pas possible pour les animaux morts par l'inhalation de l'éther.

Le désavantage du chloroforme est dans la rapidité de son action et le plus grand danger auquel il expose.

M. Lucien Boyer adresse quelques considérations sur l'emploi comparatif de l'éther et du chloroforme.

L'influence de l'éthérisation se traduit souvent par une excitation violente, véritable délire quelquefois furieux avec mouvements convulsifs, que l'on ne peut dans certaines occasions, dominer que par la force et encore avec grande peine. Cet inconvénient en fait éloigner l'usage dans certains cas, entre autres dans l'opération du strabisme, dans une opération de hernie étranglée, de cataracte, etc. C'est surtout sous ce rapport que le chloroforme lui paraît offrir un avantage marqué sur l'éther. Cette circonstance de l'absence d'excitation par le chloroforme rend la méthode stupéfiante applicable à des cas auxquels elle ne l'était pas jusqu'alors.

M. Boyer a expérimenté l'opération de la cataracte et celle du strabisme sur des chiens soumis à l'influence du chloroforme, Aucun mouvement ne s'est manifesté dans l'œil.

L'auteur conclut que le chloroforme, préférable d'ailleurs à l'éther dans les cas où tous les deux peuvent être utiles, paraît encore avoir l'avantage de permettre une application plus générale de la méthode stupéfiante, et sous ce rapport surtout, sa substitution à l'éther lui paraît constituer un progrès.

M. Boutigny adresse un travail intitulé : *Vues thérapeutiques sur l'éthérisation ou asphyxie par substitution.*

L'auteur examine, dans ce travail, au point de vue chimique, l'action anesthésiante de l'éther, en prenant pour base de son raisonnement des faits et des analogies remarquables. Il pense qu'il se passe dans le poumon des animaux quelque chose d'analogue à une combustion lente, à laquelle il a donné le nom de respiration de la matière inorganique. Il pense que la formation de l'acide carbonique dans l'acte de la respiration en est une preuve éclatante. Le chloroforme est décomposé, suivant lui, dans la poitrine, comme il l'est à l'état sphéroïdal.

En un mot, l'asphyxie qui a lieu par l'éthérisation est ce que M. Boutigny appelle une asphyxie par substitution, c'est-à-dire dans laquelle l'oxygène ne manque pas comme dans l'asphyxie proprement dite, mais est absorbé par la combinaison qu'il forme avec la vapeur anesthésiante.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE.

Sur l'influence de la sensibilité des nerfs rachidiens sur les

mouvements du cœur. — Voici quelques-unes des expériences qui ont servi de base au mémoire de M. Magendie, dont nous avons donné un résumé dans le précédent compte rendu.

Exp. I. — Sur un chien adulte et vigoureux, on met à découvert, par le procédé ordinaire, les sixième et septième paires des nerfs lombaires du côté droit ; puis on applique le cardiomètre à l'artère carotide gauche.

Alors l'animal étant calme et l'instrument donnant une pression de 90 millimètres de mercure, on irrite très-légèrement la racine postérieure de la septième paire lombaire. Au moment de la douleur, qui n'a pas été assez vive pour faire crier l'animal, on remarque dans les oscillations de la colonne mercurielle une sorte de temps d'arrêt qui est bientôt suivi d'une élévation qui varie de 90 à 95 et 106 millim. Après 25 à 30 secondes, la pression revient à son point primitif, 90 millim. On irrite légèrement la racine antérieure de la septième paire lombaire. Il en résulte une douleur peu vive qui ne provoque pas de cris ni d'agitation chez l'animal, mais qui cependant fait monter immédiatement le mercure de 5 à 10 millim. L'équilibre se rétablit presque aussitôt, et le mercure redescend à son point de départ, 90 millim. de pression.

On a constaté ces résultats à plusieurs reprises sur les sixième, septième paires lombaires et première sacrée. Les résultats obtenus ont été semblables, en ce sens qu'il y a toujours eu élévation du mercure, lors de l'irritation ou du pincement des deux racines de nerfs. Seulement il a paru assez constant que, pour la racine postérieure, cette élévation était précédée d'un arrêt, ou quelquefois même d'un abaissement de 5 à 10 millim., tandis que, pour la racine antérieure, l'élévation cardiométrique était immédiate et persistait moins longtemps.

Ensuite on opéra la section transversale de la racine antérieure de la septième paire lombaire, en ayant soin de laisser la postérieure intacte. Le pincement du bout central ou insensible ne fit pas varier la colonne cardiométrique, tandis que le pincement du bout périphérique ou sensible en détermina l'élévation, comme si l'on eût agi sur la racine antérieure entière.

On coupa de même la racine postérieure de la première paire sacrée, en laissant l'antérieure intacte. Le pincement du bout central ou sensible fit monter la colonne mercurielle, ainsi qu'on l'observe quand la racine est intacte, tandis que le pincement du bout périphérique ou insensible ne détermina aucune variation dans l'instrument.

Exp. II. — Sur un chien adulte et bien portant, on met à découvert deux racines rachidiennes du côté droit; après quoi on applique le cardiomètre sur la carotide.

La pression constante de l'instrument est de 100 à 103 millim.

On irrite faiblement les racines antérieures des paires rachidiennes,

et l'on obtient, chaque fois, une élévation immédiate du mercure, exprimée par les chiffres qui suivent :

N° d'expérience.	Pression cardiométrique.	Élévation du mercure.
1er	103 millimètres.	115 millimètres.
2e	103	115
3e	103	112
4e	103	112

Ces résultats ont été obtenus pendant que l'animal était calme ; mais alors on pinça plus fortement la même racine ; il s'ensuivit de l'agitation et des cris, et l'instrument donna une élévation plus considérable, ainsi que l'indiquent les chiffres suivants :

N° d'expérience.	Pression cardiométrique.	Élevation du mercure.
5e	104 millimètres	112 millimètres.
6e	115	124
7e.	118	128
8e	132	152

En agissant ainsi sur les racines postérieures, on obtenait, au cardiomètre, une élévation d'autant plus grande que la douleur produite était plus vive. L'abaissement de la colonne de mercure, qui, en général, avait précédé son élévation dans l'expérience précédente, ne s'est pas montrée chez cet animal ; mais ici, au contraire, on a noté que l'abaissement de la colonne mercurielle a succédé à son élévation.

Voici la succession des chiffres obtenus :

N° d'expérience.	Point fixe.	Élévation.	Abaissement.
1er	103	140	110
2e	110	130	120
3e	120	140	110
4e	123	130	103
5e	120	135	100

L'animal était très-irritable et présentait une grande agitation.

Nouvelle méthode pour l'analyse des gaz. — M. Doyère soumet au jugement de l'Académie une nouvelle méthode pour l'analyse des gaz. Il y a été conduit par les besoins d'un travail qu'il avait entrepris sur la respiration pendant l'éthérisation. Son but avait été d'abord de déterminer plus promptement, et avec plus d'exactitude que par les moyens les plus ordinaires, les proportions très-faibles d'acide carbonique et de vapeur d'éther qui entrent dans les produits expirés. Ce résultat obtenu le conduisit à essayer différents réactifs pour l'absorption de l'oxygène, et, parmi ces réactifs, il s'en est trouvé un, le protochlorure de cuivre, qui lui a paru remplir toutes les conditions. La méthode s'est ainsi trouvée complète pour le problème physiologique qu'il s'était pro-

posé de résoudre. L'auteur espère, à l'aide de quelques modifications, en faire une méthode générale.

Son principe consiste dans l'emploi d'une sorte de pipette courbe à deux boules à l'aide de laquelle, après que les gaz ont été mesurés dans un tube gradué qui n'a pas d'autre emploi, on va les y prendre par la branche ascendante pour les faire passer dans la première boule sans la possibilité d'aucune perte. Cette boule contient d'avance le réactif qui doit agir pour l'absorption; et la pipette, fermée par le mercure qui remplit d'un côté la seconde boule, et de l'autre le tube d'introduction, peut être agitée indéfiniment et avec force comme un tube ordinaire. L'absorption terminée, il ne s'agit plus que de faire repasser le gaz dans le tube mesureur, ce qui se produit par une simple différence de niveaux. Il est inutile de dire que le gaz a été dépouillé, s'il est nécessaire, des gaz étrangers que la réaction y aurait développés, comme dans l'absorption de l'oxygène par le protochlorure de cuivre ammoniacal.

Tant que l'auteur ne s'est occupé que de l'analyse des produits de la respiration, il a pu se contenter de mesurer les gaz dans l'air, en employant seulement des précautions bien connues pour éviter (approximativement) les erreurs résultant des variations de température. Il pense même encore que la nouvelle méthode pourra être utile sous cette forme simple et peu coûteuse, pour des recherches de physiologie et de pathologie. Son mérite serait de donner promptement, et avec quelques centimètres cubes de gaz, des résultats exacts à quelques millièmes près.

Voici quelques-uns des résultats auxquels M. Doyère a été conduit.

Le 1er septembre dernier et les jours suivants, j'ai reconnu, dit M. Doyère, que l'air atmosphérique, analysé par le procédé nouveau, donnait des nombres notablement différents de ceux généralement admis et de ceux aussi que j'avais trouvés dans deux analyses d'épreuves, quelques semaines auparavant.

Tandis qu'en faisant plusieurs analyses successives d'un même air, je trouve des résultats qui concordent généralement, à quelques dix-millièmes près, je ne trouve jamais cette concordance dans des analyses faites sur de l'air recueilli à quelques jours, ou même seulement à quelques heures d'intervalle.

L'air recueilli au haut d'une des tours les plus élevées de Paris peut être considéré comme de l'air atmosphérique parfaitement pur.

Les nombres auxquels je suis arrivé pour l'oxygène ont varié entre 20,50 et 21,50 p. 100.

M. Doyère ne croit pas que l'origine des variations qu'il a observées puisse se trouver tout entière dans les défauts de la méthode; elle lui semble indiquer un grand fait de physique, la variation possible dans la

composition de l'air atmosphérique, fait que plusieurs physiciens sont d'ailleurs disposés à admettre.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE.

Recherches anatomiques sur les vaisseaux lymphatiques de la langue. — M. Sappey adresse un travail consacré à la description des vaisseaux lymphatiques de la langue. Ces vaisseaux existent, suivant l'auteur, en très-grand nombre dans le double épiderme de cet organe. Convenablement injectés, ils recouvrent la plus grande partie de la muqueuse linguale ; en sorte qu'on peut considérer la langue comme un organe contenu dans une gaîne absorbante. Après le gland, sur lequel l'élément lymphatique arrive à son plus haut degré de développement, après le testicule et le foie, il n'est peut-être aucune surface libre où les canaux de la lymphe s'étalent avec autant de richesse. Des recherches auxquelles s'est livré l'auteur sur ce sujet, découlent les deux conclusions suivantes :

1° Il existe à la surface de la langue deux genres de réseaux, les uns lymphatiques et les autres veineux ; mais les premiers sont toujours plus superficiels, et peuvent être injectés indépendamment des seconds.

2° Les réseaux signalés sur la muqueuse qui tapisse les fosses nasales sont exclusivement composés des radicules veineux (1).

Éther et chloroforme ; leur action physiologique sur les animaux. — M. Girardin (de Rouen) communique à l'Académie le résultat des expériences qu'il a faites avec M. Verrier, médecin vétérinaire de la même ville, sur des chevaux, tant avec le chloroforme qu'avec l'éther. De ces expériences les auteurs concluent :

1° Que les vapeurs d'éther et de chloroforme n'agissent point en asphyxiant les sujets qui y sont soumis, mais qu'elles anéantissent la sensibilité en portant leur action directe et exclusive sur les organes de l'encéphale et ses annexes ;

2° Que le chloroforme agit d'une manière prompte et complète sur le cheval, tandis que l'éther ne fait que l'assoupir ;

3° Que l'inspiration du chloroforme, prolongée longtemps après l'in-

(1) Nous remplissons un devoir en annonçant que M. Bonamy, qui s'occupe depuis longtemps et avec beaucoup de succès de recherches sur les vaisseaux lymphatiques, vient de publier dans son incomparable *Atlas d'anatomie* un dessin qui représente ces vaisseaux à la surface de la langue. Ce dessin suffit pour démontrer que cet anatomiste distingué est arrivé à un résultat identique au nôtre. En parlant de ce dessin, nous n'élèverons point une puérile question de priorité ; nous nous contenterons de faire remarquer que, depuis cinq ans environ, nous nous occupons de rechercher sur le système lymphatique, et que, travaillant l'un et l'autre dans la même voie, nous avons pu arriver au même succès.

sensibilité, n'amène point la mort du cheval, même après l'emploi d'une dose énorme (75 grammes) ;

4° Enfin que le chien, comme les autres animaux, peut être chloroformisé et éthérisé sans que sa vie en soit compromise, si ces opérations sont conduites avec soin.

Dans une seconde série d'expériences, les auteurs ont opéré de deux manières différentes : avec les vapeurs inhalées en présence d'une grande quantité d'air, et avec les liquides introduits directement dans le torrent de la circulation.

Pour soumettre les animaux à l'action des vapeurs de l'éther et du chloroforme, MM. Girardin et Verrier se sont servis, d'après les conseils de M. le docteur Parchappe, d'une grande boîte de bois, munie d'un couvercle vitré et à charnières, et d'une capacité telle qu'un chien de moyenne taille peut s'y mouvoir facilement et y vivre pendant fort longtemps sans éprouver aucune gêne dans la respiration. L'air s'y renouvelle continuellement au moyen de trous percés en regard dans la paroi latérale ; l'un d'eux est destiné à recevoir le bec d'une cornue en verre qui est placée dans un bain-marie, et qui contient le liquide à vaporiser, comme il est d'ailleurs possible pendant les expériences, au moyen de vapeurs quelconques, de laisser rentrer dans la boîte autant d'air extérieur que l'on veut, en ouvrant plus ou moins le couvercle supérieur.

Ces nouvelles expériences ont confirmé pleinement ce que MM. Girardin et Verrier avaient déjà avancé.

Elles prouvent également que, sur les animaux, les mêmes phénomènes d'ivresse et d'insensibilité sont produits par l'injection directe dans le torrent de la circulation, mais avec des doses bien moins fortes des agents employés. Dans ce mode d'expérimentation, l'appareil respiratoire jouit de toute l'intégralité de ses fonctions, et pourtant l'insensibilité se manifeste de la même manière que par l'inhalation, sans que le sang artériel en soit aucunement modifié. Donc, suivant eux, l'éther et le chloroforme ont une action spéciale et primitive sur les organes directs de la sensibilité, et n'agissent point à la manière des gaz irrespirables. Si quelquefois il y a asphyxie, celle-ci n'est qu'un phénomène consécutif à l'altération de l'innervation.

Il est évident, ajoutent les auteurs, que les opérateurs qui ont avancé que le sang artériel prenait la couleur brune du sang veineux, sous l'influence des vapeurs éthérées, ont dépassé la période d'insensibilité, et ont produit l'asphyxie par excès de l'agent toxique employé ou par défaut d'air respirable ; ils ont alors pris l'effet pour la cause, en rapportant à l'asphyxie les phénomènes d'insensibilité qui en sont tout à fait indépendants.

— A ce propos, M. Velpeau fait observer que plusieurs fois, avec M. Roux, il s'est élevé contre cette opinion que le sang artériel changeait de couleur par suite de l'inhalation du chloroforme et de l'éther. S'il y a menace d'asphyxie dans quelques expériences, cela tient à ce que les sujets respirent mal ou craignent de respirer.

—M. Amussat adresse une nouvelle communication sur le même sujet.

Les résultats de mes expériences sur l'inhalation de l'éther et sur l'inhalation du chloroforme ayant été contestés par plusieurs expérimentateurs, surtout en ce qui regarde *l'altération du sang*, dit M. Amussat, j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie le procédé que j'ai toujours employé dans mes expériences ; car la divergence d'opinions me paraît provenir uniquement des conditions différentes dans lesquelles on s'est placé pour constater ce fait important.

Je commence par mettre à découvert, *avant l'inhalation*, les vaisseaux et les nerfs superficiels et profonds de la partie supérieure de la cuisse, le long du bord interne du muscle couturier. Je constate la sensibilité des nerfs; le degré de contraction déterminé par leur pincement, la couleur rose rouge de l'artère, la couleur bleu foncé, presque noire, de la veine ; et afin de bien apprécier la couleur du sang, je divise près du genou une petite artère, et à 3 centimètres plus haut une petite veine collatérale ; enfin, je fais la torsion de ces vaisseaux, et *je commence l'inhalation.*

Soit avec le *chloroforme*, soit *avec l'éther*, en observant attentivement *au moment où les animaux sont devenus insensibles*, on peut suivre graduellement les changements qui surviennent dans l'état des vaisseaux et du sang ; ainsi *l'artère est brune* au lieu d'être rose-rouge, et elle tend à se rapprocher de la couleur de la veine. A une période très-avancée de l'inhalation, il y aurait une ressemblance complète entre ces deux vaisseaux, si l'épaisseur de leurs parois était égale ; cependant on les distingue quelquefois l'un de l'autre avec assez de peine. Si on ouvre l'artère tordue, on voit s'écouler du sang brun, presque semblable à celui d'une petite veine ouverte dans la même région. *Dès qu'on cesse l'inhalation*, ces deux ordres de vaisseaux reprennent très-rapidement leur couleur normale ; *le sang qui sort de la petite artère redevient rouge*, ce qui ne laisse aucun doute sur le phénomène. On voit alors, au voisinage de cette artère, deux nappes de sang coagulé, l'une de couleur rouge-brun, formée par le sang qui s'est écoulé pendant l'inhalation ; l'autre de couleur rouge clair, formée par le sang qui s'est écoulé lorsque l'animal respirait de l'air pur.

Cette expérience doit être faite sur un chien de moyenne taille, et non pas sur des grenouilles, des pigeons, des cabiais, des lapins, etc., dont les vaisseaux sont trop petits.

Les effets de l'éther et du chloroforme sur le sang sont si fugaces, ils disparaissent si rapidement qu'il est indispensable de les observer *pendant que l'appareil à inhalation continue à fonctionner régulièrement*; car, d'après les expériences de Bichat, que j'ai répétées à l'occasion de la question importante dont je m'occupe aujourd'hui, *trente secondes au plus* suffisent pour que le sang artériel devenu noir par une cause asphyxiante quelconque reprenne sa couleur normale, rouge, rutilante. Il en est de même, *pour l'inhalation de l'éther et du chloroforme;* or, en tenant compte de cette remarque, n'est-il pas probable que les objections faites contre le résultat de mes expériences et des faits observés sur l'homme ne reconnaissent d'autres causes que celles qui résultent de l'observation du sang, *un instant après avoir cessé l'inhalation*, ou d'expériences incomplètes ?

Enfin, dans les opérations que j'ai pratiquées sur l'espèce humaine pendant l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, j'ai constaté, comme sur les animaux, que le degré d'altération du sang est en raison directe de l'insensibilité.

— M. Blanchet communique à l'Académie le résultat de ses nouvelles expériences sur les animaux pour déterminer l'influence du gaz oxygène, comme moyen de combattre les accidents produits par le chloroforme.

Des faits observés sur les animaux et sur l'homme, il conclut que l'oxygène agit non-seulement en faisant passer le sang de la couleur brune à la couleur rouge, mais que la partie du gaz qui circule en nature avec lui, neutralise l'action hypothénisante de l'agent introduit dans la circulation, porte une excitation générale à tous les organes, réveille et exalte la propriété excito-motrice abolie par le chloroforme.

Ses recherches sur les animaux lui ont permis d'observer qu'en plaçant un tube de verre au bout d'une artère d'un animal (chiens, chats) on peut voir la circulation se ralentir, la couleur du sang devenir plus foncée sous l'influence du chloroforme, puis, peu d'instants après (15 à 40 secondes), la circulation devenir plus active et le sang reprendre une couleur rouge sous l'influence de l'air et de l'oxygène ; mais avec ce dernier gaz, il a vu ces phénomènes s'opérer plus rapidement.

Dans l'espace de quinze minutes, il a pu faire passer chez un chien trois fois le sang de la couleur rouge, à la couleur brune en le soumettant alternativement aux inhalations de chloroforme et d'air.

Chez les oiseaux, les effets du chloroforme, de l'air et de l'oxygène se sont fait sentir beaucoup plus promptement, ce qui, d'après ce médecin, tiendrait à l'activité plus grande de la circulation et de la respiration.

Le même médecin a essayé avec succès le chloroforme dans un cas

de staphylome récent de l'iris, et propose d'y avoir recours dans certains cas d'iris aiguë avec atrésie de la pupille,

Appareil pour l'inhalation du chloroforme et des autres substances volatiles. — M. le docteur Guillon adresse la lettre ci-après :

L'inhalation de certaines substances médicamenteuses est une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique, et qui peut obtenir des résultats satisfaisants dans ces cas où l'art de guérir est resté tout à fait impuissant jusqu'à ce jour.

Cependant, quoique l'inhalation de l'éther et du chloroforme soit acquise à la science, et la première depuis assez longtemps déjà, un grand nombre de praticiens se plaignent de ce que nous ne possédons point encore d'appareil qui soit à la fois propre à produire l'insensibilité, qui permette de pratiquer les opérations sans que le malade en conserve le souvenir, et qu'on puisse également employer à l'inhalation de certaines substances volatiles et odorantes, telles que l'essence de térébenthine, la créosote, quelques préparations ammoniacales de phosphore, les émanations du musc, de l'assa-fœtida., du camphre, etc., dans ces maladies qui font le désespoir des malades et des médecins, et contre lesquelles nos moyens ordinaires sont employés sans résultats satisfaisants.

Mettant en usage depuis un mois, pour l'inhalation du chloroforme, un appareil qui me paraît réunir des avantages que ne présente aucun de ceux qu'on a proposés, je viens vous prier d'avoir l'extrême bonté de présenter cet instrument à l'Académie des sciences.

Il est composé d'un réservoir en verre dans lequel on verse le chloroforme, et d'un tube inspirateur flexible à travers lequel les vapeurs chloroformiques sont rapidement éntraînées dans les poumons. Ce tube est garni d'une embouchure à soupape sphérique qui livre passage à l'air dans l'expiration.

Les résultats merveilleux obtenus par les vapeurs de l'éther sulfurique et du chloroforme me portent à espérer que, par l'inhalation de substances appropriées, on pourra un jour guérir la rage, certaines espèces d'épilepsie, d'asthme, d'hystérie, de phthisie pulmonaire, etc.

J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à l'Académie une note sur les avantages que j'ai retirés de l'inhalation du chloroforme, sur des sujets chez lesquels j'ai pratiqué la lithotritie avec le plus grand succès, et sans leur avoir causé la moindre douleur.

J'ajouterai les remarques ci-après :

1° Le réservoir où l'on verse le chloroforme est un petit matras à pied et à large ouverture.

2° Il renferme un diaphragme mobile, au moyen duquel la vaporisation du chloroforme s'opère promptement.

3° Ce réservoir présente une ouverture sur les deux côtés opposés. L'une d'elles, de 2 centimètres de large, est garnie d'une soupape qui empêche que le chloroforme vaporisé ne soit entraîné au dehors pendant l'expiration. Cette ouverture, par où passe l'air qui entraîne les vapeurs du chloroforme dans les poumons, sert également pour introduire le chloroforme dans ce réservoir. L'autre ouverture, d'un centimètre de large, sert à retirer le chloroforme qui reste quand l'opération est terminée : on la ferme avec un bouchon.

4° Au col du réservoir s'adapte un gros bouchon qui présente deux ouvertures : dans l'une, assez large, on fixe l'extrémité libre du conduit qui porte l'embouchure ; la seconde ouverture, étroite, livre passage à la tige du diaphragme.

5° On procède avec cet appareil à l'inhalation du chloroforme comme on procède à l'éthérisation, à laquelle il peut également être employé.

6° Le malade étant convenablement placé, on verse le chloroforme dans le réservoir. On plonge plusieurs fois le diaphragme dans le liquide ; puis, lorsqu'il en est imbibé, on l'élève de manière qu'il soit plus rapproché de l'ouverture du bouchon, où s'adapte le tube inspirateur, que de l'ouverture par laquelle l'air pénètre dans ce réservoir.

7° Dans chaque inspiration, la colonne d'air soulève la soupape du réservoir et passe à travers le diaphragme en entraînant dans les poumons le chloroforme réduit en vapeur.

8° Dans l'expiration, la colonne d'air expulsée sort au dehors en soulevant les soupapes d'expiration et en fermant complétement celle du réservoir. Au moyen de cette dernière soupape, le chloroforme qui s'était vaporisé pendant le temps écoulé entre l'inspiration et l'expiration reste dans ce réservoir, et l'inspiraton suivante l'entraîne dans la poitrine.

9° Avec cet appareil, qui est applicable dans un assez grand nombre de cas médicaux, on économise donc, d'une part, une grande quantité de chloroforme ; en second lieu, on obtient rapidement l'effet désiré, l'insensibilité des sujets. Enfin, après un certain nombre d'expériences, on pourra apprécier la quantité de chloroforme nécessaire pour produire l'insensibilité dans le plus grand nombre de cas.

10° Cet instrument, que j'ai présenté le 30 novembre à l'Académie de médecine, est préférable à l'éponge qu'emploient quelques chirurgiens, parce que cette éponge détermine parfois l'inflammation des parties avec lesquelles elle se trouve en contact, etc.

SÉANCE DU 3 JANVIER.

Cette séance a été consacrée à la nomination du vice-président, en remplacement de M. Pouillet, qui passe à la présidence, M. Boussingault a été nommé par 51 voix ; M. Roux en a obtenu 12.

SÉANCE DU 10 JANVIER

Chloroforme ; ses avantages et ses inconvénients. — M. Sédillot adresse une nouvelle note sur les effets anesthésiques du chloroforme. Les effets de cette substance, fort variables en apparence, restent, suivant l'auteur, soumis à des lois d'une assez grande précision ; par exemple : les éthérismes lents à produire se dissipent promptement, les éthérismes rapides disparaissent avec lenteur. Les personnes faibles ou peu habituées aux boissons fermentées tombent en peu de temps dans un état d'anesthésie dont la durée se prolonge de douze à vingt minutes, tandis que, chez les individus vigoureux, ce même état arrive avec lenteur et se dissipe plus promptement. M. Sédillot reconnaît, avec tout le monde, certains avantages au chloroforme sur l'éther ; mais ces avantages lui paraissent compensés par des inconvénients qu'il croit utile de signaler. L'orsqu'on cesse, dit-il, les inspirations d'éther, le degré d'anesthésie produit peut se prolonger, mais il ne paraît pas s'aggraver. En suspendant l'usage de l'éther, on prévient tous les accidents. Il n'en est plus de même avec le chloroforme : la pâleur, la petitesse du pouls, la faiblesse des inspirations, le refroidissement, vont en augmentant d'une manière alarmante après qu'on en a cessé l'emploi. Deux fois M. Sédillot s'est vu sérieusement effrayé de cette annihilatiou incessante de la vie. Des expériences qu'il a instituées à cette occasion sur les animaux montrent d'ailleurs combien ces craintes étaient fondées. Deux chiens, soumis une minute et demie seulement aux inspirations du chloroforme, succombèrent rapidement, bien qu'au moment où l'on cessa l'inhalation, les mouvements respiratoires fussent très-amples et les battements du cœur énergiques. L'auteur croit donc indispensable de ne pas se guider seulement sur l'état de la respiration, comme avec l'éther, mais de suspendre l'action du chloroforme aussitôt que commence la résolution musculaire. En résumé, dit en terminant M. Sédillot, l'usage du chloroforme, préférable sous tant de rapports, offre entre des mains inhabiles infiniment plus de danger que l'éther.

Présence normale de plusieurs métaux dans le sang de l'homme et analyse des sels fixes contenus dans le liquide. — M. E. Millon adresse une note sur un moyen d'analyse du sang qui permet d'y déceler avec une grande facilité la présence des métaux. Cette analyse consiste à recevoir ce liquide, au sortir de la veine, dans trois fois environ son volume d'eau, et à l'introduire ensuite dans un flacon de chlore gazeux ; on le voit se coaguler, se colorer en brun, et bientôt après former une masse grise, amorphe, pultacée dans laquelle l'organisation des globules sanguins a entièrement disparu. En jetant le tout sur une toile et en l'exprimant, on fait écouler un liquide qui traverse rapidement les filtres et demeure limpide. Cette méthode se réduit, en défi-

nitive, à une analyse des sels fixes du sang par voie humide. La facilité d'isoler la partie saline du sang conduit à des résultats dignes de remarque ; on constate, en effet, que le sang de l'homme contient constamment de la silice, du manganèse, du plomb et du cuivre. Après avoir déterminé la proportion de ces différents métaux, il était curieux de rechercher si le cuivre et le plomb sont disséminés dans toute la masse du sang, ou bien si, à l'exemple du fer, ils sont rassemblés dans les globules sanguins.

L'expérience n'a laissé aucun doute à cet égard : 1 kilogr. de caillot sanguin, séparé avec soin du sérum de plusieurs saignées, a fourni 0,083 de plomb et de cuivre ; 1 kilogr. de sérum, isolé du caillot précédent, a fourni seulement 0,003 de ces deux métaux. Ces trois milligrammes de plomb et de cuivre contenus dans le sérum doivent être, sans aucun doute, attribués aux globules sanguins qui se dissolvent ou se suspendent dans la lymphe.

Ainsi, le cuivre et le plomb ne sont pas à l'état de diffusion dans le sang: ils se fixent avec le fer dans les globules, et tout porte à croire qu'ils participent, comme lui, à l'organisation et à la vie. Exercent-ils sur la santé une influence aussi décisive ?Existe-t-il une chlorose par défaut de cuivre, de plomb et de manganèse, ou bien leur excès est-il la cause secrète de quelque affection obscure et rebelle ?La thérapeutique devra répondre et nous éclairer à son tour. La médecine légale, de son côté, puisera peut-être d'utiles avertissements dansla présence permanente de ces poisons métalliques et dans leurs variations énormes au milieu même de la vie.

SÉANCE DU 17 JANVIER.

Fistules vésico-vaginales. — M. Lallemand fait un rapport sur quatre observations nouvelles de fistules vésico-vaginales, guéries à l'aide de l'autoplastie par glissement, communiquées par M. Jobert (de Lamballe).

Les quatre nouvelles observations adressées à l'Académie par M. Jobert, relativement à des guérisons de fistules vésico-vaginales opérées par lui, sont analogues aux précédentes, et confirment les théories et les opinions de l'auteur sur les traitements de cette dégoûtante infirmité. Ces observations présentent cependant un intérêt particulier, à cause de circonstances qui ne se trouvaient pas dans les autres, et de difficultés qui ont été heureusement vaincues par des moyens qu'il est important de signaler aux praticiens qui peuvent être appelés à pratiquer les mêmes opérations.

La commission pense que ces observations doivent être annexées au mémoire de M. Jobert, que l'Académie a jugé digne d'être inséré dans les mémoires des savants étrangers.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine-porte. — M. Dumas présente, au nom de M. Jules Béclard, un travail sous ce titre :

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

1° Le sang n'est pas un liquide identique dans tous les points du système circulatoire.

2° Le sang qui circule dans l'arbre artériel présente partout une composition qui est sensiblement la même.

3° Le sang veineux diffère du sang artériel ; il contient moins de globules et une proportion plus considérable de fibrine.

4° Envisagé dans son propre système, le sang veineux présente, suivant les points de son trajet où on l'examine, des différences capitales.

5° Le sang qui circule dans la veine splénique contient constamment moins de globules que tout autre sang veineux (et à plus forte raison que le sang artériel). La rate paraît être l'organe de destruction des globules du sang.

6° Le sang qui circule dans l'intérieur de la veine-porte (avant la jonction de la veine splénique) présente dans sa composition des variations considérables :

A. Dans les premières périodes de la digestion, la quantité des globules est considérablement diminuée ; la proportion de l'albumine est augmentée dans les mêmes proportions.

B. Dans les derniers temps, c'est-à-dire cinq ou six heures après la digestion, la quantité des globules est considérablement augmentée ; l'albumine a repris son chiffre normal.

Les globules paraissent donc se former dans la veine-porte.

7° C'est donc dans un seul et même système que les globules se forment et se déforment, tandis que, en effet, la branche mésentérique de la veine-porte amène sans cesse au foie des globules nouveaux ; la branche splénique écoule sans cesse dans l'intérieur de la même veine les vestiges de ceux qui ont cessé d'être.

8° La fibrine du sang de la veine-porte et celle du sang de la veine splénique diffèrent, quant à leurs propriétés physiques, de la fibrine contenue dans le sang veineux général.

9° Le sang contenu dans l'intérieur du système de la veine-porte ne semble pas obéir aux lois générales de la circulation. Ce fait capital captive en ce moment toute l'attention de l'auteur. Il aura l'honneur de communiquer le résultat de ses nouvelles recherches à l'Académie.

Altération du sang sous l'influence des inhalations de chloroforme. — M. S. Furnari adresse deux observations qui tendraient à prouver l'altération momentanée du sang chez les personnes opérées

d'une maladie oculaire sous l'influence des inhalations de chloroforme.

Le nommé Bataille, âgé de 17 ans, affecté de kératite strumeuse avec varicosité des vaisseaux de la conjonctive et hypertrophie de cette membrane, fut opéré le 25 novembre dernier. L'indocilité du malade m'obligea à recourir aux inhalations du chloroforme. Les premières incisions de la conjonctive firent jaillir du sang brun, qui, en se coagulant sur la joue, offrait une nappe d'un rouge noirâtre. Après avoir nettoyé la plaie, j'ai continué les excisions, et le sang offrait la même coloration anormale. J'ai souvent l'habitude d'exciser les vaisseaux de la conjonctive et la conjonctive elle-même dans un grand nombre de maladies oculaires, mais je n'avais jamais remarqué ce phénomène, excepté sur les yeux d'un vidangeur affecté d'asphyxie, et dans un cas de conjonctivite occasionnée, chez un jeune chimiste, par l'explosion de l'hydrosulfate d'ammoniaque. On sait que, dans la pratique opératoire que je viens d'indiquer, le but principal du chirurgien est de dégorger l'organe, de provoquer une véritable saignée locale. Après les excisions, j'ai donc cherché à faire sortir de la plaie le plus de sang possible, et j'ai pu me convaincre qu'à mesure que la sensibilité du malade commençait à revenir, le sang qui s'écoulait de la plaie perdait sa couleur rouge noirâtre, et qu'enfin, dès que l'opéré fut complétement réveillé, le sang avait pris sa couleur normale.

Voici maintenant une contre-épreuve.

Deux jours après cette première opération, j'en ai pratiqué une autre presque identique, sur l'œil gauche d'un jeune enfant de 3 ans, nommé Jules d'Ardenne. J'ai cru inutile d'endormir le malade par l'inhalation de chloroforme; les premières comme les dernières incisions de la conjonctive et de ses vaisseaux m'ont donné du sang rouge rutilant, et n'offrant, sous le rapport de la densité et de la couleur, aucun des caractères du sang qui s'écoulait de la plaie de l'opéré soumis au chloroforme.

On a dit que les inhalations d'éther et de chloroforme jouaient un rôle important dans la guérison des plaies laissées par les opérations, celui de retarder leur cicatrisation ; si cette proposition était vraie pour l'éther, elle ne l'est pas pour le chloroforme ; nous avons remarqué que la cicatrisation de la conjonctive s'est opérée aussi promptement sur le premier malade que sur le second, malgré les phénomènes évidents d'asphyxie constatés dans la première observation.

Maintenant, le chloroforme contient-il réellement des principes chimiques, qui provoqueraient l'asphyxie et l'altération du sang artériel, ainsi que le prouveraient les expériences faites par M. Amussat sur les animaux et l'observation ci-dessus indiquée? ou bien, comme l'ont affirmé MM. les professeurs Roux et Velpeau dans les dernières séances

de l'Académie, les phénomènes d'asphyxie occasionnés par le chloroforme doivent-ils être attribués au mode d'inhalation, à la gêne de la respiration, ou à la crainte de respirer ? Il est difficile de résoudre cette question à l'aide de quelques faits isolés ou d'expériences sur les animaux; cependant un fait positif, c'est que, dans l'observation que je viens soumettre au jugement de l'Académie, le malade a respiré facilement pendant l'inhalation, n'a éprouvé aucune gêne, s'est endormi très-promptement, et cependant le sang sorti de la plaie offrait tous les caractères de l'altération que lui fait subir l'état d'asphyxie.

Moyen de cambattre les accidents produits par l'éther ou par le chloroforme. — M. Plouviez (de Lille) fait connaître un moyen avec lequel il a obtenu, dans ses expériences d'éthérisation sur les animaux, des résultats assez importants pour qu'on puisse espérer de l'appliquer avec avantage sur l'homme en cas d'accidents par l'éther ou le chloroforme. En expérimentant avec du chloroforme préparé par M. Coustenoble, pharmacien, il s'est passé un fait qui éveilla toute son attention. Un chien griffon de la petite espèce, pesant 4 kilogr. à peu près, respira un grain et demi de chloroforme. Au bout de dix à quinze secondes, il était dans l'insensibilité. Bientôt je m'aperçus, dit l'auteur, d'une gêne extrême de la respiration ; elle devint de plus en plus rare, puis elle s'arrêta : *l'animal était mort.* Il ne s'est passé dans la succession de ces phénomènes qu'une minute et demie. L'autopsie ne révéla rien dans les organes qui pût expliquer une mort aussi rapide. Depuis, j'ai répété ces expériences, ajoute M. Plouviez, avec le chloroforme et surtout avec l'éther sulfurique, dans le but de trouver un remède à un tel accident, s'il se présentait quelquefois chez l'homme. En voici en peu de mots le résultat. Chaque fois qu'il s'apercevait que la mort était imminente chez des poules, des chiens, des lapins, etc, il retirait l'appareil, et, au moyen d'un soufflet ordinaire, il faisait des insufflations d'air dans les poumons avec les mêmes soins que dans toutes les asphyxies. Les animaux revenaient promptement à la vie. M. Plouviez a poussé plus loin ces expériences ; il a déterminé l'asphyxie en prolongeant l'opération autant que nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à cessation complète de la respiration. A l'instant même, il employa le même moyen des insufflations d'air. Après trente secondes, une, deux, trois, quelquefois quatre minutes, il voyait la respiration se rétablir lentement, puis reprendre son état normal. Il résulte donc de ces expériences que, s'il est vrai que des accidents graves dans les centres nerveux peuvent survenir à la suite de l'éthérisation, il n'en est pas moins vrai aussi que la mort peut avoir lieu par défaut d'hématose, par une véritable asphyxie.

Cuivre physiologique.— M. Deschamps (d'Avallon) adresse un mé-

moire physiologique. Les conclusions qui découlent de son travail sont : que tous les terrains de sédiments doivent contenir du cuivre ; que le cuivre doit être subordonné à la présence du cuivre et du fer ; que la présence du cuivre et du fer dans les terrains provient probablement de la décomposition d'un sulfure de fer cuprifère ; que les faits qui permettent ces déductions ne reposent pour l'instant que sur la présence du cuivre dans les roches arkosiennes, dans du calcaire appartenant à l'infralias, dans du sulfure de fer des calcaires à gryphées arquées, etc. , en peu de mots dans le lias et le lias inférieur ; dans des grés ferrugineux appartenant à la formation néocomienne, et enfin dans la terre dépendant de la formation géologique de Paris ;

Que les végétaux enlèvent au sol une partie du cuivre qu'il contient ; que l'homme et les animaux empruntent du cuivre aux plantes ; que le cuivre et le plomb qui se trouvent dans l'homme et les animaux domestiques peuvent provenir encore des vases en cuivre et en laiton plus ou moins bien étamés et des vases en terre, en faïence, dont la couverture contient du plomb, et qui servent aux préparations culinaires ;

Que la présence du cuivre dans les végétaux, les animaux et l'homme est un fait acquis à la science ;

Que si la terre d'une localité avait échappé à la dissémination du sulfure de fer cuprifère et ne contenait pas de cuivre , cette terre serait bientôt modifiée ; car dès qu'elle serait mise en culture , elle recevrait des engrais provenant des pays où les végétaux contiennent du cuivre ;

Qu'il est facile de comprendee comment le cuivre peut pénétrer dans les végétaux et s'y fixer, puisque l'on sait que la terre contient du cuivre probablement à l'état de carbonate ;

Que ce carbonate est soluble dans le carbonate d'ammoniaque; que le corbonate d'ammoniaque est l'agent le plus important de la végétation ; que lorsque le carbonate d'ammoniaque pénètre dans les végétaux, il entraîne du cuivre ;

Que lorsque le carbonate d'ammoniaque cuprifère est sous l'influence des organes des plantes, il se décompose pour céder l'un de ses éléments, l'azote, pour composer les matières albumineuses ; que le cuivre qui assiste à la naissance de la molécule azotée prend la place d'un corps élémentaire, et peut jouer un rôle analogue à celui qu'il joue quand on le met en contact avec certains sels ammoniacaux ;

Et enfin, que c'est dans les parties azotées des plantes que l'on doit espérer rencontrer le cuivre.

— M. Crussel (de Saint-Pétersbourg) adresse une nouvelle note relative à sa méthode de traitement électrolytique ; il expose, entre autres nouveaux résultats heureux de cette méthode le fait d'un individu atteint

d'un fungus hématoïde recouvrant entièrement l'orbite et l'œil du côté gauche, et qui a complétement guéri.

SÉANCE DU 24 JANVIER.

État du sang dans l'encéphalite. — MM. Poggiole et Marchal (de Calvi) communiquent, par l'organe de M. Velpeau, le résultat d'une analyse du sang artériel et du sang veineux dans un cas d'encéphalite, suite d'érysipèle de la tête. Chez un malade affecté d'encéphalite suite d'érysipèle, on pratiqua simultanément une saignée de l'artère temporale et une saignée du bras. Les deux sangs, artériel et veineux, ont été analysés avec le plus grand soin, et voici le résultat de cette double analyse.

	sang artériel.	sang veineux.
Matières solides.	177,54	181,59
Eau.	822,46	818,41
	1000,00	1000,03
Eau.	822,46	818,39
Fibrine.	6,17	6,08
Albumine.	66,03	61,37
Globules.	97,46	106,05
Matières grasses	1,10	1,20
Chlorure de sodium.	3,15	3,29
Sels solubles	2,10	2,19
Phosphate de chaux.	0,79	0,76
Sesqui oxide de fer.	0,63	0,58
Perte	0,11	0,09
	1000,00	100,000

Dans l'espèce humaine, on n'avait pas encore analysé les deux sangs pris au même moment chez le même individu. L'élévation du chiffre de la fibrine dans le sang artériel comme dans le sang veineux, par suite de l'inflammation, pouvait être affirmée *à priori;* mais, expérimentalement c'est un fait nouveau.

Transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête. — M. Bonnafont adresse un mémoire snr ce sujet pour juger des divers degrés de sensibilité des nerfs acoustiques. Les conclusions à déduire de ce mémoire sont :

1° Que les sons articulés ou la parole ne peuvent être percus qu'autant qu'ils pénètrent dans l'oreille interne par les conduits auditifs ;

2° Que dans les cas d'occlusion congéniale de ces conduits, la cophose sera complète, ou peu s'en faut ;

3° Que la boîte osseuse du crâne, ainsi que les os de la tête, peuvent bien transmettre les ondes sonores d'un corps vibrant, appliqué immé-

diatement contre eux, jusqu'au nerf acoustique ; mais que, dans aucun cas, les sons articulés ne sauraient être transmis par cette voie ;

4° Que la chute de la membrane du tympan, du marteau et de l'enclume n'entraîne pas la cophose, mais seulement une dysécie plus ou moins prononcée, pourvu que les nerfs aient conservé tout ou partie de leur sensibilité, et que l'étrier ainsi que son muscle soient demeurés intacts ;

5° Que la perte de ce dernier osselet entraîne toujours une surdité complète, du moins pour la parole, quelle que soit d'ailleurs la sensibilité des nerfs acoustiques.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE.— PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Chloroforme. — Action topique du chloroforme et moyen propre à faire connaître sa pureté. — M. Mialhe adresse la note suivante :

Grâce aux belles expériences physiologiques de MM. Flourens et Simpson, le chloroforme, ce corps remarquable dont la découverte est due à l'un des membres de cette Académie (M. Soubeiran), a acquis tout à coup un intérêt tel, que tout ce qui se rattache à son histoire a été accueilli depuis avec le plus vif empressement. C'est ce qui nous engage à publier sur ce sujet les quelques remarques qui suivent :

1° Il résulte de nos recherches que le chloroforme pur appliqué sur la peau et même sur les muqueuses donne lieu à une rougeur manifeste non suivie de cautérisation phlycténoïde, mais qu'il acquiert des propriétés caustiques quand on le mélange avec une très-faible proportion d'alcool absolu ;

2° Que le chloroforme, qui, dans la pratique médicale, a cautérisé les lèvres ou le nez et irrité plus ou moins vivement les bronches des personnes soumises à son action, n'était par conséquent pas un produit pur ;

3° Que ce chloroforme contenait une certaine quantité d'alcool anhydre, ainsi que nous nous en sommes assuré par l'analyse, et ainsi que l'avaient déjà soupçonné MM. Gerdy et Soubeiran ; alcool qui lui permettait d'imbiber les fluides albumineux de l'économie animale et de les coaguler, et que c'est à la présence de ce corps que doivent être attribués les phénomènes d'irritation locale ci-dessus mentionnés.

De ce qui précède résulte, selon nous, l'indispensable nécessité de ne recourir à l'avenir à l'inhalation du chloroforme qu'autant que l'on se sera préalablement assuré de sa pureté.

Or, le but de cette note est précisément de faire connaître le moyen prompt et facile d'arriver à ce résultat.

Ce moyen consiste à verser quelques gouttes de ce liquide dans un

verre à expérience à moitié plein d'eau ; le chloroforme, plus lourd que l'eau, gagne immédiatement le fond du vase et conserve sa *limpidité* lorsqu'il est pur; tandis que, s'il contient de l'alcool, il prend, en se précipitant, une teinte *blanchâtre opaline* des plus prononcées. Ce moyen d'épreuve, à la portée de tous, nous paraît destiné à rendre de véritables services non-seulement à la médecine, mais aussi aux arts; car nos recherches nous ont appris que le chloroforme pur est merveilleusement apte à dissoudre la plupart des corps gras et résineux, et partant qu'il peut être avantageusement employé dans la préparation de certains vernis.

M. Delabarre fait connaître les résultats comparatifs qu'il a constatés avec le chloroforme et l'éther ; il a commencé dans un cas par soumettre un malade à l'éther, et, au bout de cinq à six minutes n'obtenant aucun résultat, il a fait inspirer le chloroforme, qui a produit l'assoupissement d'une manière instantanée. M. le secrétaire perpétuel fait observer que ce fait ne doit pas être considéré comme conduisant à des conséquences bien positives, l'emploi des deux agents s'étant succédé immédiatement chez le même individu.

M. Philippe, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse une nouvelle lettre sur l'emploi du chloroforme dans diverses opérations de chirurgie. Ces observations sont confirmatives des faits aujourd'hui fort nombreux.

(Renvoi de ces trois communications à la commission de l'éther.)

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Prix proposés pour l'année 1849. — *Prix de l'Académie.* « La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? »

Ce prix sera de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. « De la cirrhose. »

Ce prix sera de 1,200.

Prix fondé par madame M.-E Bernard de Civrieux. « De la chorée. »

Ce prix sera de 2,000 francs.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1849.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. *Extrait du testament* : « Je lègue à l'Académie royale de » médecine une inscription de 1,000 francs à 5 pour 100, pour fonder » un prix triennal de 3,000 francs, qui sera décerné au meilleur livre » ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique ap-

» pliquée ; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps,
» il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de
» publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie royale de médecine de Paris la somme
» de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du
» jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera
» donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus impor-
» tant apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des
» rétrécissements du canal de l'urèthre. Dans le cas, mais dans ce cas
» seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art
» de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable
» pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à
» l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces
» six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,258 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six annnées.

N. B. Tout concurrent qui se fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1848.

Prix de l'Académie. « Établir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques. »

Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. « Faire l'anatomie pathologique du cancer. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. « Du suicide. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Membrane caduque. — M. Coste adresse une lettre relative à la réclamation de priorité que M. Lesauvge aurait faite dans l'une des précédentes séances, touchant son opinion sur la nature et les fonctions de la membrane caduque. M. Coste fait remarquer que l'opinion de M. Le-

sauvage repose sur l'idée que la caduque est une fausse membrane exhalée dans l'utérus avant l'arrivée du bœuf, tandis que lui, M. Coste, nie l'existence de cette prétendue fausse membrane. Je conserve dans ma collection, ajoute M. Coste, 18 matrices à l'état de gestation, à l'aide desquelles je démontre que ce que l'on a désigné sous les noms de caduque vraie et de caduque réfléchie est exclusivement formé par la muqueuse utérine.

— L'ordre du jour appelle le reuouvellement du bureau pour l'année 1848.

Président : M. Royer-Collard.

Vice-président : M. Velpeau.

Sécrétaire annuel : M. Mèlier.

Les trois membres du conseil sont MM. Bégin, Cornac et Bricheteau.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

— M. Guersant fils présente le fémur d'un enfant âgé de 5 ans, atteint d'une affection encéphaloïde de cet os qui a nécessité la désarticulation de la cuisse. L'opération a été faite ce matin par la méthode ovalaire, et n'a rien présenté de particulier.

Les père et mère et aïeuls n'ont été atteints d'aucune maladie de ce genre, sauf une grand'mère du côté maternel qui est morte d'un cancer au sein. L'enfant est rachitique, habituellement mal nourri ; son affection actuelle, au dire des parents, ne date que d'un an.

SÉANCE DU 4 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER COLLARD.

Du régime pénitentiaire et de la folie.—M. Collineau lit en son nom et au nom de M. Ferrus un rapport sur un mémoire de M. Joret, médecin de la maison centrale de force et de correction de Vannes, intitulé: *De la folie dans le régime pénitentiaire, depuis l'exécution de l'ordonnance ministérielle du* 10 *mai* 1839, *qui prescrit le silence absolu de jour et de nuit.*

Avant de procéder à l'analyse de ce travail, M. le rapporteur déclare que, médecin depuis près de 40 ans des prisons de femmes à Paris, il n'a jamais observé de folie particulière à cet établissement, ni vu la folie se manifester par des causes inhérentes au régime que l'on y suivait. Il semblerait découler de ce fait que la détention, dans certaines conditions, n'est pas une cause grave ni fréquente d'aliénation mentale, tandis que des conditions différentes, un régime pénitentiaire trop sévère, produisent très-souvent et très-évidemment la folie, ce dont le travail de M. Joret donne la preuve. Bien que les conditions sanitaires de la maison de force de Vannes soient des plus favorables depuis qu'on y a introduit le nouvean système pénitentiaire, consistant dans la règle d'Auburn, moins l'encellulement, M. Joret a constaté plus de 29 décès

et près de 8 aliénations mentales par an, sur une population de 300 et quelques détenus adultes. M. Joret met, au premier rang des causes prédisposantes de la folie pénitentiaire, les dispositions organiques, soit natives, soit accidentelles, la mauvaise éducation, les mauvais exemples, une vie de désordre et les troubles intellectuels qui en dérivent. Quant aux causes déterminantes de la folie pénitentiaire, il en signale trois principales, savoir : 1° Le silence absolu dans la vie en commun ; 2° le chagrin augmenté par la règle du silence forcé ; 3° le défaut d'exercice.

M. Joret rapporte 30 observations d'aliénation mentale classées suivant les trois espèces de causes déterminantes. La première division qui se rapporte aux aliénations mentales suite du silence absolu, contient 6 observations de délire maniaque et 8 de monomanie. La seconde division, comprenant celles par violent chagrin joint à la règle du silence absolu, renferme deux observations de délire maniaque, 1 de manie et 7 de monomanie ; enfin, la troisième division, ou celle des aliénations par défaut d'exercice, présente 1 cas de manie aiguë et 6 cas de monomanie. Sur ce uombre il y a eu seulement 7 guérisons. De ces observations, M. Joret se croit autorisé à conclure que le régime pénitentiaire actuellement suivi dans la prison de Vannes *rend fou*. Enfin, M. Joret arrive, par de nombreuses recherches statistiques, à ce résultat que le système cellulaire, bien différent en cela de celui d'Auburn, est loin de donner lieu au plus grand nombre des cas de folie.

En résumé, tout en faisant remarquer que le système suivi dans la prison de Vannes ne doit se rapporter qu'à cette localité, et non entièrement à la règle d'Auburn qui n'a jamais recu en France une application générale et complète, M. le rapporteur pense que le moment n'est pas encore venu de prononcer entre ces deux systèmes ; et il propose pour conclusions : 1° de renvoyer le travail de M. Joret au comité de publication ; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur ; 3° de placer son nom avec distinction sur la liste des futurs correspondants.

M. Nacquart : Parmi les assertions du rapport, il en est quelques-unes qui me paraissent un peu dures, par exemple celle-ci : le régime pénitentiaire rend fou. Je crois que cela peut arriver lorsque ce régime est exercé avec brutalité, mais ce n'est point le cas ordinaire. J'ai visité récemment plusieurs établissements pénitentiaires d'Angleterre, et je n'ai vu aucnn prisonnier manifester la plus légère aliénation mentale. Il ne faudrait donc pas généraliser ce qui paraît être spécial à la maison de Vannes.

M. Ferrus : Je crois utile de donner à ce sujet quelques éclaircissements sur le fond même de la question, afin qu'il n'y ait point de malentendu dans la discussion. Le système mis en usage à Vannes n'est pas le système d'Auburn ; celui-ei comporte l'encellulement de nuit, avec le

travail en commun et en silence pendant le jour ; toutes les maisons centrales de France n'ayant pas été construites pour être appliquées à ce système, il en résulte qu'il y a trop de prisonniers pour l'emplacement ; qu'on les fait coucher dans des dortoirs où les lits se touchent presque au lieu d'être distants de 0,40 m. comme le veut la loi ; dans le jour les individus sont tellement serrés, qu'ils sont obligés, pour manger, de se tourner de côté. Souvent, sur la même banquette, ils sont assis dos à dos sur deux rangs. Ces raisons expliquent la fréquence des maladies de la folie, et la mortalité énorme de ces maisons. M. Ferrus fait remarquer que, dans les maisons dont a parlé M. Nacquart, c'est le système de Philadelphie qui est mis en pratique ; que ces établissements ne fonctionnent que depuis fort peu de temps ; qu'il est, par conséquent, impossible de tirer de ces faits aucun renseignement pour la solution de la question.

M. Nacquart : Les éclaircissements que vient de donner M. Ferrus sont tels que je n'ai plus aucune objection à faire.

M. Rochoux : Le point fondamental de la question est celui-ci : Le régime du silence porte-t-il à la folie ? Les faits répondent. Aux États-Unis d'Amérique, on a été forcé d'y renoncer pour ses mauvais effets ; les partisans eux-mêmes de ce système ne peuvent s'empêcher de le trouver mauvais, et l'on sait que ce sont, en général, gens peu pitoyables. Quant à l'isolement, qui ne sait combien il est funeste ? Tous les solitaires sont devenus fous.

M. Londe : On ne peut plus mettre en doute aujourd'hui l'influence réelle du système pénitentiaire dans la production de la folie. Que ce système soit celui d'Auburn, c'est-à-dire travail en commun avec observation d'un silence absolu, ou celui de Philadelphie, c'est-à-dire silence absolu et isolement complet de jour et de nuit dans des cellules séparées, les statistiques et la physiologie établissent cette influence.

Je crois que l'Académie ne peut trop s'élever contre l'opinion qu'on lui a prêtée à ce sujet. Voici pourquoi. Il y a quelques années, un auteur lui adressa un mémoire sur la mortalité et la folie dans le régime pénitentiaire. Esquirol, l'un des commissaires auxquels fut confié l'examen du travail, fit son rapport dans une circonstance tout à fait semblable à celle dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, c'est-à-dire un des premiers jours de janvier, en présence d'un auditoire aussi peu nombreux qu'il l'est maintenant. L'un des deux ou trois de nos collègues qui prirent la parole, M. Castel, fit sentir avec autant de verve que de talent que, sans même invoquer les statistiques, la physiologie elle seule démontrerait l'influence réelle et puissante que doit avoir la reclusiou cellulaire dans la production de la folie.

Depuis cette époque cependant, soit à la Chambre des députés, soit

dans divers écrits, on s'est appuyé sur l'autorité de l'Académie. Il est donc bon que l'on sache aujourd'hui que l'Académie n'a jamais été consultée et ne s'est jamais prononcée sur cette question, et que les quelques membres qui ont eu occasion de la traiter se sont montrés opposés au système pénitentiaire. Au reste, les seuls partisans de ce système sont ceux qui sont payés pour le soutenir, ceux qui en vivent, c'est-à-dire les inspecteurs et employés divers de ces établissements. Un seul médecin a eu le courage de soutenir que les systèmes pénitentiaires modernes ne produisent pas plus de folies que les anciens systèmes de prisons; mais celui qui a émis cette assertion est médecin d'une prison cellulaire. Pour chercher seulement à obtenir le silence chez les prisonniers qui travaillent en commun, M. Démète nous apprend que, dans le cours d'une année, dans une seule maison pénitentiaire et chez un peuple naturellement silencieux, on a infligé aux prisonniers plus de cinq mille châtiments. Même nombre à Genève et à Lausanne. Et ces châtiments, souvent horribles, savez-vous à quelle occasion ils sont infligés, suivant le dire même d'un directeur? Tantôt c'est parce qu'un détenu, sur les talons duquel un autre a marché par inadvertance, a dit un mot ou poussé un cri!

Le simple bon sens devrait apprendre aux partisans du système d'Auburn que si, en donnant la sensibilité à l'homme, la nature a joint à cette faculté celle de la locomotilité, des expressions et du langage, elle ne l'a fait que dans un but de conservation : mais sans invoquer ici la physiologie, qui nous explique pourquoi il est dangereux de comprimer les manifestations de celui qui doit subir une impression quelconque, disons que l'influence du système pénitentiaire dans la production de la folie est établie par toutes les statistiques qui sont faites sous un but d'intérêt, celles de M. le docteur Gosse, de M. le docteur Coindet, les statistiques officielles du journal anglais le Times, reproduites par M. Léon Faucher, les statistiques des prisons de Boston, etc.

Je donne un assentiment complet au rapport et aux conclusions de M. Collineau, et je crois important que M. le président décide dès à présent si, nonobstant l'adoption du rapport, la discussion sera reprise dans la prochaine séance. Si elle est reprise, il est indispensable de se munir de quelques notes ; car il est difficile de conserver dans la mémoire les chiffres exacts des diverses statistiques sur lesquelles on a à s'appuyer.

M. Nacquart : L'exaltation dont on a parlé tout à l'heure comme d'un effet constant de l'isolement, n'est que momentanée ; elle dure un an, dix-huit mois tout au plus, jamais deux ans. — M. Rochoux a dit que tous les solitaires devenaient fous ; c'est parce qu'ils étaient fous déjà qu'ils se sont voués à la solitude ; il a pris l'effet pour la cause. Dans le cas, d'ailleurs, où il y aurait quelques exemples d'aliénation mentale chez les prisonniers, serait-ce une raison pour repousser le système? Le

législateur doit se demander avant tout s'il n'y a pas plus que compensation, dans l'amélioration générale qu'il produit, à quelques malheurs isolés qui en peuvent résulter.

M. Baillarger : La question qui est soulevée en ce moment est tellement grave, que c'eût été le cas, ce me semble, d'imprimer et de distribuer le rapport de M. Collineau, afin qu'il pût être discuté en connaissance de cause dans une autre séance. Mais, puisqu'on en a jugé autrement, je dirai un mot de cette question. On parle beaucoup de cas de folie déterminés par l'application de la règle d'Auburn en général, sans spécifier ni les genres de folie ni les diverses circonstances de ce système qui les ont déterminés. J'ai cherché à établir, il y a quelques années, par des chiffres et des documents authentiques, que les cas de folie constatés dans les prisons etaient le plus souvent déclarés avant l'entrée des prisonniers dans ces maisons. Tout le monde connaît le travail dans lequel M. Lélut a prouvé que le nombre de cas d'aliénation mentale était très-considérable dans toutes les prisons, quel que soit le régime qu'on y suive. Il y a en effet, chez les prisonniers, des causes très-nombreuses et toutes spéciales de folie. Je m'inscris donc contre cette proposition, que le régime pénitentiaire rend fou. Je terminerai par cette simple considération : A-t-on jamais proposé de renoncer aux prisons, parce que la mortalité y est plus grande qu'ailleurs ?

M. Dubois (d'Amiens) : Le rapport sera imprimé lundi ; le vœu de M. Baillarger se trouvera ainsi exaucé.

M. Rochoux : Il y a de grandes données contre le système pénitentiaire ; la plus importante, c'est qu'il n'améliore pas.

M. Ferrus : voudrait voir adopter la proposition de M. Baillarger, de ne reprendre la discussion qu'après l'impression du rapport. Cependant il déclare par avance que l'on peut accorder toute confiance aux paroles de M. Joret, qui a fait preuve, à Vannes, d'un grand savoir et du zèle le plus digne d'éloges. Il déclare que nulle part il ne s'est montré autant de cas d'aliénation mentale qu'à Vannes ; aussi ne faudrait-il pas absolument conclure des résultats de M. Joret à ceux de tous les autres pénitenciers.

J'ajouterai, dit M. Ferrus, que les tribunaux envoient très-souvent dans les prisons de véritables idots dont l'état mental n'a pas été suffisamment apprécié. J'ai vu un crétin dans la maison centrale de Lyon.

M. Dubois propose que l'on renvoie la discussion générale à une autre séance, et que l'on vote aujourd'hui sur les conclusions du rapport.

La discussion et le vote sont renvoyés.

SÉANCE DU 11 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER COLLARD.

Localisation de la parole. — M. Ferrus lit, au nom de MM. Prus,

Pariset, J. Cloquet et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Belhomme, ayant pour titre : *De la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau.* Dans ce mémoire, M. Belhomme a rassemblé les faits qu'il possédait à l'appui d'une doctrine qu'il croit fondée ; mais il a senti cependant combien le doute était permis en pareille matière. Après s'être livré à divers commentaires, il termine en émettant le vœu que les observations se multiplient assez pour déterminer d'une manière positive les fonctions des lobules antérieurs du cerveau, et pour résoudre sur ce point le problème difficile des rapports du physique et du moral.

Hygiène des ouvriers employés dans les manufactures de draps. — M. Gérardin fait, en son nom et au nom de M. Villermé, un rapport sur un mémoire adressé par M. Toulmonde, médecin à Sédan, ayant pour titre : *Réflexions sur les ouvriers employés dans les manufactures de draps.* — Dans ce travail, M. Toulmonde s'est proposé de déterminer si le sort des ouvriers employés dans les manufactures de draps s'est considérablement amélioré, au milieu des efforts qui tendent à modifier l'état du paupérisme en France. C'est un fait qui lui paraît hors de toute contestation, et qu'il est heureux de pouvoir proclamer en s'appuyant sur l'autorité de M. Villermé. Il démontre que la débauche, la mauvaise nourriture, l'imprévoyance, l'habitude de vivre au jour le jour, deviennent, bien plus que toute autre cause, pour les ouvriers, la source de la plupart des maladies et des infirmités qui les accablent et les déciment. Mais le nombre des ouvriers malheureux et imprévoyants tend de plus en plus à disparaître en présence des efforts tentés par les gens de bien, dont le concours est assuré à la régénération de la classe ouvrière. La ville de Sédan a déjà depuis longtemps franchement abordé tous les moyens propres à améliorer la position physique et morale de ses nombreux travailleurs. Des industriels de cette ville ont fondé des associations de secours mutuels : basées sur la réciprocité, sur un véritable esprit d'association fraternelle, ces sociétés entourent d'une affectueuse sollicitude le malade et le vieillard ; elles fournissent aux malades tous les soins, tous les secours désirables jusqu'à la fin de la convalescence ; elles préparent au vieillard les moyens d'arriver sans trop de privation au terme de la vie, etc. Médecin de l'une de ces associations philanthropiques, M. Toulmonde a compris de suite l'influence de cette œuvre charitable sur la maladie et la mortalité des ouvriers ; il a réuni soigneusement tous les documents propres à jeter quelque lumière sur la nature de ces mêmes maladies, sur leur durée, leur fréquence suivant l'âge, le sexe, suivant les travaux variés auxquels ces ouvriers sont soumis. Voici quelques-unes des propositions qui ressortent des relevés statistiques dressés par l'auteur :

1° Il paraît incontestable qu'à quelques exceptions près, les ouvriers employés à la fabrication des draps ne sont pas soumis à des maladies, à des infirmités de nature à être rattachées directementaux occupations auxquelles ils sont soumis journellement dans leurs ateliers.

2° Les fileurs, les pluseuses et bobineuses sont ceux qui ont fourni le plus de malades ; les premiers sont en effet chargés des travaux les plus pénibles de la manufacture ; les secondes, parvenues souvent à un âge déjà assez avancé, très-peu rétribuées, mal soignées et mal nourries, sont en outre exposées à des causes particulières de maladie.

3° Les mécaniciens, serruriers, etc., c'est-à-dire les ouvriers dont les salaires sont généralement élevés, qui vivent dans l'aisance, offrent le moins de malades. Après eux viennent les tondeurs, qui, grâce aux machines, ne sont soumis qu'à un travail extrêmement facile.

Les laineurs, qui travaillent dans des lieux humides, qui ont souvent les pieds dans l'eau, qui sont obligés à des efforts soit pour soulever les draps, soit pour les étendre sur les machines, sont exposés plus souvent que les autres ouvriers, et cela par le fait même de leurs occupations, aux plaies des extrémités inférieures, à des abcès et contusions, aux bronchites, aux hernies.

Les pluseuses, qui sont constamment dans une atmosphère chargée de molécules de laine, de poussière, etc., paraissent contracter facilement des ophthalmies, des bronchites, des affections catarrhales de poitrine.

Les fileurs sont exposés à des douleurs des membres, des reins, à des rhumatismes résultant des fatigues souvent excessives. Quant aux maladies du tube digestif, elles proviennent d'une nourriture souvent mal réglée, et plus encore de l'usage de la bière, qui n'est trop souven composée que d'ingrédients de mauvaise qualité.

La scrofule est rare et bénigne.

Les saisons ne paraissent pas apporter de différences sensibles dans nombre et la durée des maladies.

Enfin parmi ces conclusions, il en est une qui domine toutes les autres, c'est que, parmi les ouvriers, la mortalité moyenne a été au-dessous de 1 pour 100, et par conséquent n'a pas été plus forte que dans les classes sociales les plus favorisées. Ce résultat, si consolant pour l'humanité, est le plus bel éloge que l'on puisse faire des associations de secours mutuels.

SÉANCE DU 18 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Traitement de la syphilis par les préparations d'iode.—M. Renauldin fait un rapport verbal sur un ouvrage écrit en allemand et intitulé : *Exposé d'une méthode sûre et prompte pour guérir la syphilis au*

moyen des préparations d'iode, par M. Moi'jsisovics. L'auteur de cet ouvrage examine d'abord dans quelles circonstances l'iode agit d'une manière avantageuse ou nuisible. Il le regarde, à quelques exceptions près, comme spécifique dans la scrofule, la syphilis et ses suites. Il en a employé les différentes préparations pendant plus de six années sur plus de huit cents malades, et dans certain temps il en a obtenu un incroyable succès, tandis qu'à d'autres époques le médicament est resté complétement inerte. Il est porté à croire que, dans ce dernier cas, les préparations chimico-pharmaceutiques n'étaient point convenablement faites, ou que des complications graves avaient paralysé son action, ou bien enfin que le médicament avait été administré sous une forme ou à des doses mal déterminées. M. Moi'jsisovics passe sucessivement en revue les diverses préparations pharmaceutiques de l'iode, et sans préconiser l'iode pur, il fait mention de sa combinaison avec l'huile de foie de morue pour attaquer les scrofules, et surtout la carie des os. Arrivant au point capital de son livre, la syphilis, il expose d'abord les doctrines qui lui paraissent dominer la pathologie de cette affection. Pour lui, il existe de la différence entre la syphilis locale et générale, la syphilis primitive et secondaire, entre la blennorrhagie et le chancre. Il regarde comme prouvée l'existence d'une syphilis congéniale, et il pense aussi que la syphilis peut exister longtemps comme maladie locale sans se communiquer à l'organisme. Suivant lui, nous ne possédons aucun signe caractéristique et infaillible pour reconnaître le chancre vénérien, et c'est seulement par l'observation continue et exacte du cours de la maladie qu'on peut établir le diagnostic.

La partie thérapeutique proprement dite comprend le traitement de la blennorrhagie, pour la laquelle il a d'abord recours aux antiphlogistiques, tant que les phénomènes inflammatoires persistent, et plus tard au copahu.

Passant au traitement des rétrécissements de l'urèthre, l'auteur, qui les regarde comme l'effet d'une action métastatique qui porte sur la vessie urinaire, les uretères et les reins, les soumet à un traitement à la fois général et local. Il débute par un émétique destiné à imprimer une secousse à l'économie, passe aux boissons sudorifiques et à l'iodure de potassium, en même temps qu'il emploie un traitement local, qui consiste dans l'application de sangsues sur le point du rétrécissement, dans les frictions avec l'onguent mercuriel ou un mélange de cet onguent et de deuto-iodure de mercure, les bains de siége salins, et enfin les bougies d'ivoire qui lui paraissent réunir des conditions de flexibilité et de solidité convenables. Tant que la nature syphilitique du chancre n'est pas constatée, au lieu d'en troubler la marche, le médecin doit la favoriser de toute manière. Aussi l'auteur conseille-t-il les bains locaux émol-

lients fréquemment répétés, et, la constatation opérée, les boissons sudorifiques, et à l'intérieur les préparations d'iode, en même temps qu'on s'en sert extérieurement sous forme de bains locaux et généraux. Les bubons exigent la même thérapeutique, en y ajoutant l'usage des cataplasmes, et en les ouvrant dès que la fluctuation est reconnue.

Les doses d'iode doivent être proportionnées à l'âge et à la force des individus ; on doit les administrer avant le repas de midi pour ne pas rencontrer les aliments dans l'estomac. L'auteur donne le nom d'iodinisme à l'action trop énergique et à la saturation de l'économie par l'iode. Il ajoute ordinairement au bain d'iode 2 ou 3 livres de sel de cuisine. Ce traitement doit être accompagné d'un régime convenable, consistant principalement dans l'emploi des viandes et des légumes non farineux

SÉANCE DU 25 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER COLLARD.

Du typhus et de son traitement. — M, Rochoux continue la lecture du rapport dont il a lu la première partie dans la séance précédente, sur un mémoire de M. Lesage, intitulé : *Exposé pratique ou observation générale sur le typhus et son traitement, comparé avec les maladies qui ont régné à Saint-Cyr en* 1821 *et avec les fièvres adynamiques en général* ; précédé de considérations physiologiques sur la nature et le jeu des fluides et leur prédominance sur les solides comme cause de maladies, terminé par des observations particulières sur une épidémie de fièvres adynamiques avec diathèse vermineuse.

Les conclusions de ce rapport, consistant à proposer d'adresser des remercîments à l'auteur, sont adoptées après quelques courtes explications, échangées entre MM. Londe, Capuron et Rochoux.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

19. *De la pleurésie des enfants ;* par M. Edwards Crisp.
(The Lancet.)

Il s'agit ici des très-jeunes enfants, de ceux qui ne peuvent aider le diagnostic par leurs propres indications, et chez lesquels les affections aiguës, particulièrement celles des organes thoraciques, ne se révèlent pas aussi clairement que chez les adultes. L'auteur fait connaître les signes *fonctionnels* et *physiques* qui lui

ont paru révéler le plus sûrement la pleurésie des enfants. Les premiers sont : une grande agitation, des cris aigus, la vivacité du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau, l'œil vitré, une toux sèche, le renversement de la tête en arrière et l'expression d'une vive douleur quand on cherche à la redresser. Le seul signe physique indiqué par l'auteur est la perception, par l'oreille appliquée sur la poitrine, d'un bruit sec et rude et semblant correspondre au double mouvement d'ascension et d'abaissement du poumon : il compare ce bruit à celui que produit le piston d'une machine à vapeur.

A l'appui de ces déterminations, M. Crisp rapporte six observations très-courtes dans lesquelles l'autopsie a démontré l'existence d'une pleurésie. Mais de ces six observations, il en est quatre où l'attention n'avait pas même été portée, durant la vie, du côté des organes thoraciques, en sorte qu'elles peuvent tout au plus servir à faire apprécier la valeur de quelques signes fonctionnels notés par hasard dans le cours de la maladie. Dans les deux autres cas, où la pleurésie avait été annoncée pendant la vie, la tête était renversée en arrière, et le mouvement de redressement paraissait très-douloureux ; en outre, on entendait le bruit de frottement indiqué plus haut.

Ces deux derniers signes sont véritablement les seuls dont la valeur ou la nouveauté méritent d'être appréciées, et les seuls aussi, sans doute, auxquels l'auteur attache quelque importance.

Or, il y a longtemps que le bruit de frottement a été donné comme signe de pleurésie, et les deux observations de l'auteur sont loin de suffire pour faire accorder à ce signe une valeur spéciale chez les enfants. Et quant au renversement de la tête en arrière et à la douleur causée par le redressement, nous ne doutons pas un instant qu'ils n'appartiennent beaucoup moins souvent à la pleurésie qu'à certaines autres affections aiguës communes dans l'enfance, notamment aux affections encéphaliques. Il est à remarquer que ce symptôme n'est noté que dans les deux dernières observations de l'auteur, bien que la pleurésie aiguë ait également existé dans les quatre autres. Ensuite, ne peut-on pas soupçonner qu'il se liait, dans ces deux cas, à une méningite encéphalique ou rachidienne compliquant la phlegmasie thoracique? Du moins ne peut-on affirmer le contraire ; car *le crâne et le rachis n'ont été ouverts dans aucune des observations*. Cette supposition ne serait pas en désaccord avec le tableau symptomatologique esquissé plus haut. *Agitation extrême, cris aigus, pouls vif, œil vitré, tête renversée en arrière, douleurs musculaires à la partie*

postérieure du cou, etc. Ne sont-ce pas là des symptômes propres à la méningite ?

---

20. *Sur une névralgie nocturne particulière de l'avant-bras;* par M. Gamberini.

(Il Raccoglitore medico.)

Nous avons déjà indiqué, d'après une première communication de l'auteur, les caractères principaux de cette singulière affection. Il y revient aujourd'hui pour en compléter la description avec les nouveaux documents que son observation lui a fournis.

La maladie commence par une douleur à l'extrémité des doigts d'une main, le plus souvent les deux derniers, pour s'étendre de là le long de l'avant-bras jusqu'à 1 ou 2 pouces du coude. Cette limite a été constante dans tous les cas que M. Gamberini a vus. La nuit est le moment où le spasme se développe et devient intense au point de faire perdre le sommeil et d'arracher les plaintes les plus vives. Dès que le jour paraît, le calme revient avec lui; et il est bien peu de malades qui conservent alors le moindre ressentiment des souffrances passées. La partie examinée soit avant l'accès, soit pendant sa durée, soit après qu'il a eu lieu, n'offre aucune altération visible, ni tuméfaction, ni chaleur, bien que le patient, pendant ses douleurs, accuse cette dernière sensation, et écarte, pour y échapper, les couvertures ainsi que tout ce qui pourrait le réchauffer. Mais cependant s'il veut chercher les corps réfrigérants, si, par exemple, il plonge le membre dans l'eau froide, une atroce douleur s'éveille. Les mouvements devenus douloureux l'obligent à garder un certain repos. On entend quelquefois une crépitation manifeste des tendons, laquelle ressemble au bruit de la neige qu'on écraserait avec les pieds. Un seul membre est attaqué le plus ordinairement. Les femmes y sont surtout exposées, spécialement celles entre 20 et 30 ans, de constitution robuste et dont la profession commande des mouvements fatigants des membres supérieurs.

Remarquant la périodicité régulière avec laquelle la maladie revient chaque soir, l'auteur crut d'abord voir dans cette circonstance une indication flagrante de sulfate de quinine. Mais à quelque dose et pendant quelque laps de temps qu'il l'ait administré, ce sel n'a produit aucun bon effet. Après beaucoup d'essais, il a enfin trouvé dans la belladone le remède efficace. La maladie n'a jamais manqué d'être promptement améliorée et souvent guérie par des frictions faites sur les parties douloureuses avec une pommade ainsi composée :

Axonge.	30	grammes.
Extrait de belladone . .	4	—

Après le résultat heureux qu'on obtient toujours de ce topique, il reste encore, pour assurer la cure, à remplir, au moyen de médications générales, les indications qui peuvent dépendre d'un trouble de la santé ou de quelque condition particulière. La saignée du bras a réussi une fois à l'auteur, qui ne put qu'à son aide dissiper entièrement les restes de cette névralgie chez une femme enceinte.

Quatre observations complètent les données principales renfermées dans ce nouveau travail, dont les conclusions sont à peu près entièrement confirmatives de celles émises pour la première fois en 1844 par M. Gamberini.

---

21. *Sur la phthisie pulmonaire*; par M. Gola.

(Gazetta medica di Milano.)

Les recherches de l'auteur sont principalement dirigées vers la thérapeutique. Malgré le point de vue trop exclusif sous lequel il envisage l'étiologie des tubercules, on n'en remarquera pas moins dans les développements de ses conseils un talent d'observation, qui sait porter l'analyse au delà des bornes où s'arrêtent généralement les médecins dans l'étude de cette redoutable maladie.

Pour M. Gola, la phthisie pulmonaire n'apparaît que chez les sujets scrofuleux. Il n'identifie pas pour cela ces deux affections; il soutient seulement que, sans l'une, l'autre ne peut exister; que la phthisie, en un mot, est l'une des *modalités nombreuses* par lesquelles s'exprime le vice scrofuleux.

Comme le traitement curatif a d'autant plus de chances de succès qu'on l'administre à une période moins avancée de la maladie, il importe de reconnaître celle-ci dès son début; c'est pourquoi l'auteur passe en revue les signes de divers ordres qui servent à établir ce diagnostic le plus tôt possible. Nous ne le suivrons pas dans cette partie de sa tâche, où son seul mérite consistait à être complet, et à se tenir au courant des progrès récemment accomplis.

La phthisie peut être avantageusement combattue à deux époques; d'abord dans la première enfance, alors qu'il n'existe encore que des signes de la scrofule, et qu'aucun symptôme n'est apparu du côté de la poitrine. Le traitement, bien entendu, devra alors se borner à l'emploi des moyens médicamenteux et hygiéniques antiscrofuleux.

Plus tard, il est encore temps pour le médecin d'agir, et d'agir avec espoir de succès, lorsque les différents signes connus lui annoncent la présence de tubercules crus, et non ramollis. Repous-

sant les émissions sanguines, les sédatifs, les émétiques, les évacuants, les sudorifères, l'auteur déclare n'avoir confiance, dans cette période, qu'à deux remèdes, le calomel et l'iode. Voici maintenant les indications et le mode d'administration de chacun d'eux.

Le calomel convient de préférence dans ces cas de tuberculisation qui s'annoncent comme des phénomènes d'hypochondrie. On rencontre souvent dans la pratique des malades accusant mille désordres du côté de l'abdomen, où se concentrent toutes leurs inquiétudes. Après quelque temps de soins inutiles, on leur conseille en général de renoncer à toute médication, et on les regarde comme hypochondriaques. Or je ne saurais dire, poursuit l'auteur, le nombre de sujets de cette catégorie que j'ai vus ensuite périr de tubercules pulmonaires. La même remarque avait été déjà faite par M. Louis, à la sagacité duquel il est échappé si peu de choses en ce qui concerne les diverses phases de l'évolution tuberculeuse.

Le calomel est ici le plus sûr moyen non seulement de guérir les troubles abdominaux, mais aussi de prévenir la fonte des tubercules latents; mais pour qu'il réalise cette indication, il est nécessaire de pousser l'effet jusqu'à la salivation. Cette congestion vive et durable, que le calomel fixe dans les glandes salivaires, est une condition importante pour la réussite: le médecin ne fait même guère ici qu'imiter la nature, puisque l'expérience démontre combien, dans une famille déjà décimée par la phthisie, cette maladie frappe rarement ceux qui ont eu auparavant des suppurations de glandes autour du cou. Il cite à l'appui de ce précepte, le fait suivant :

Obs. — Un prêtre, âgé de 30 ans, maigrissait et dépérissait depuis plusieurs mois par suite d'une irritation gastro-intestinale chronique, accompagnée de ces troubles de l'innervation qu'on désigne en général sous le nom d'hypochondrie. D'après l'exploration de la poitrine, dit M. Gola, je trouvai qu'à ces symptômes abdominaux se joignaient des tubercules crus déposés principalement dans le lobe supérieur du poumon droit; il y avait en même temps une bronchite capillaire secondaire. L'examen répété plusieurs fois confirma toujours ce même diagnostic. Après avoir diminué la phlogose bronchique par la méthode antiphlogistique, je soumis le malade à l'usage interne du calomel à doses réfractées; il s'ensuivit une forte hydrargyrose qui dura longtemps. Je ne dirai pas que les tubercules se dissipèrent, puisque les mêmes signes sensibles indiquent encore aujourd'hui leur présence; mais leur fonte, qui menaçait de

s'opérer prochainement, fut arrêtée, l'irritation abdominale disparut, les fonctions digestives regagnèrent leur vigueur première, et la nutrition se rétablit de manière à rendre ce changement un objet de surprise pour les médecins qui l'avaient d'abord soigné.

— Quant à l'iode, il est justement indiqué dans les cas où il n'y a aucun trouble des fonctions digestives, puisque cet état s'opposerait au contraire à ce qu'il fût supporté par l'estomac. On n'aura pas à craindre, selon l'auteur, l'excitation produite par ce médicament, non plus que les hémoptysies dont son emploi a quelquefois été suivi, si on le donne de la manière qu'il le recommande. Il propose d'administrer l'iode pur, uni à la poudre d'amidon, à la dose d'un seul grain dans les vingt-quatre heures, et pris en quatre fois. Un jeune homme de 26 ans, qui avait de la toux, de l'enrouement et les signes physiques d'un dépôt de tubercules crus au sommet des deux poumons, regagna, par un mois de ce traitement, sa force première; la voix redevint naturelle et la toux disparut. Revu au bout de quatre ans, les avantages obtenus persistaient, quoique l'auscultation annonçât que les tubercules étaient toujours dans le même état.

Pour le dire en passant, la franchise de ce dernier aveu dans les deux cas précédents, les seuls que M. Gola apporte ici à l'appui de ses assertions, nous paraît une garantie suffisante de la sincérité et de la loyauté de ses paroles. Le lecteur pourra désirer un succès plus complet; mais il ne saurait du moins soupçonner le narrateur d'en avoir exagéré l'importance.

---

22. *Note sur un nouveau moyen pour la recherche du brome et de l'iode*; par M. Cantu.

(Il Raccoglitore Medico.)

Avec ce procédé, l'auteur affirme avoir pu découvrir la présence de ces deux corps dans les eaux de Vichy et de Louêches, où d'habiles chimistes les avaient inutilement cherchées. En voici la description :

On fait évaporer la quantité d'eau à examiner dans une capsule de porcelaine jusqu'à réduction de moitié; on y ajoute alors du carbonate de potasse *très-pur* (le carbonate ordinaire renferme toujours des traces sensibles de bromures et d'iodures) en léger excès, et on la fait bouillir pendant quelques minutes, afin de décomposer les sels terreux qui y sont contenus. On laisse refroidir le liquide, puis on filtre pour séparer le précipité. Évaporez à siccité sans faire trop chauffer, pulvérisez le résidu salin et traitez-le par l'alcool à 40 degrés pour en séparer les sels solubles

dans le même liquide, parmi lesquels se trouvent les bromures et les iodures, s'il y en existe. Chauffez modérément le liquide pour l'évaporer à siccité ; si le résidu contient des matières organiques, chauffez davantage pour les carboniser. Cela fait, versez quelques gouttes d'acide acétique dilué jusqu'à en avoir un léger excès, puis un peu d'eau distillée pour dissoudre et neutraliser les moindres restes de carbonate de potasse. Évaporez de nouveau à siccité pour dissiper l'excès d'acide acétique, mais sans trop chauffer, afin de ne pas décomposer l'acétate potassique.

On dissout alors le résidu dans la plus petite quantité possible d'eau pure et on y ajoute deux ou trois gouttes d'une dissolution faible et récemment préparée d'amidon. Cela fait, on met un peu de la liqueur d'épreuve (un mélange de 10 parties d'acide sulfurique à 66 avec une partie d'acide nitrique à 25) dans un verre à fond étroit ; puis on verse lentement sur la face interne d'un de ses côtés la solution du résidu salin, afin qu'elle arrive sur la liqueur ci-dessus désignée sans s'y mélanger. En opérant de cette manière, si l'eau analysée contient des bromures et des iodures (dont la coexistence est presque constante), on voit de suite dans la solution saline deux zones, l'une d'un jaune clair de topaze, parfois tirant sur le vert, l'autre de couleur azurée qui reste au-dessous.

---

23. *De l'action de l'atropine dans les affections douloureuses de la face ;* par M. W. Philpot Brookes. — *Sur le traitement de la névralgie ;* par M. R.-H. Allnatt. — *Affection névralgique de la tête et de la face, traitée par l'inhalation de l'éther ;* par M. Archibald B. Semple.

(The Lancet.)

Le travail de M. Brookes se compose d'une observation de névralgie faciale guérie par l'emploi de l'atropine à l'extérieur. Une dame éprouvait dans le côté droit de la face et du front, et spécialement autour de l'orbite, un froid intense accompagné d'une vive douleur. La sensation de froid disparut, mais la douleur persista, malgré l'usage de fomentations chaudes et des remèdes les plus usités en pareil cas. On eut recours alors à une pommade composée de : *atropine*, 5 grains ; *axonge*, 3 drachmes (gros) ; *essence de roses*, une goutte. On fit trois onctions par jour (l'auteur ne dit pas sur quel point), avec gros comme un pois de cette pommade. Dès la seconde application, la douleur diminua, mais elle revint la nuit suivante avec plus de violence qu'auparavant. La médication fut continuée, et au bout de deux jours la douleur

avait entièrement disparu. La guérison datait de plusieurs semaines quand l'observation a été publiée.

La seconde onction a été suivie d'une très-grande dilatation de la pupille qui a encore continué deux ou trois jours après le traitement. L'auteur croit que cet effet est plus rapidement et plus complétement produit par l'atropine que par toute autre préparation de belladone, et il cite un cas d'opération de cataracte où la pommade d'atropine, à la dose de 3 grains pour 2 drachmes d'axonge, a amené une large dilatation pupillaire, tandis que la belladone employée auparavant (on ne dit pas sous quelle forme) était restée presque sans effet.

— L'observation de M. Allnatt est relative à un individu affecté d'une névralgie intense des branches du nerf trifacial qui se répandait dans les joues et le front. La douleur affectait *une sorte de périodicité irrégulière*. L'appétit était bon ; les fonctions gastriques paraissaient s'exercer normalement ; rien du côté du foie ; selles régulières ; aucun symptôme enfin qui pût éclairer sur l'origine de la névralgie. Le malade fut soumis à l'action de purgatifs énergiques ; la douleur de la face augmenta considérablement. Néanmoins on insista sur la médication, et un matin le malade raconta que, vers le milieu de la nuit, il avait eu une copieuse évacuation, dans laquelle il avait rendu une très-grande quantité de matières noires et dures, et qu'*immédiatement* la névralgie avait disparu.

— Enfin M. Semple rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, également affecté de névralgie faciale. Cet homme avait été soumis, vers l'âge de 16 ans, à une salivation considérable pour une affection du foie. Depuis cette époque, il était sujet à des douleurs de la tête et de la face, revenant par accès, à des intervalles variant d'un à six mois et durant environ vingt-quatre heures. Quatre ans plus tard, il eut, dans la même région, un érysipèle de mauvais caractère ; et deux ans après cette affection, il fut traité pour une fièvre rhumatoïde qui envahit tout le corps, à l'exception de la tête. Ces affections furent attribuées par lui à une exposition au froid et à l'humidité. Depuis lors jusqu'à ce moment, il a toujours éprouvé des accès de douleurs à des intervallles de deux à quatre semaines. Ces accès débutaient par une sensation de froid commençant par les pieds et s'étendant ensuite au reste du corps ; les extrémités inférieures devenaient faibles ; il y avait des nausées, et les vomissements soit spontanés, soit provoqués, amenaient un soulagement temporaire. Mais généralement les symptômes allaient en augmentant et bientôt l'œil droit devenait larmoyant, les paupières entraient en

contraction spasmodique, et tout le côté droit de la tête et de la face devenait le siége d'une douleur déchirante et de tous les symptômes propres au tic douloureux le plus intense. Comme les moyens le plus généralement employés étaient jusqu'alors restés à peu près sans effet, M. Semple résolut de recourir aux vapeurs éthérées. L'inhalation *par le procédé ordinaire* (sans doute le flacon à deux tubulures) fut d'abord employée, le sujet étant couché ; au bout de cinq minutes, aucun effet ne s'était produit ; réapplication de l'appareil pendant cinq minutes encore, sans plus de résultat. Alors on place le sujet dans la position assise, et en deux minutes il est devenu insensible. A son reveil, la douleur de la face qui était auparavant déchirante était convertie en un sentiment de pesanteur et d'engourdissement. La douleur aiguë n'a pas reparu.

Voilà, certes, trois guérisons obtenues par des moyens bien différents. Que conclure de là, sinon que les névralgies les plus semblables par les manifestations locales peuvent avoir pour point de départ les causes les plus dissemblables ? S'il est vrai que les guérisons obtenues par la pommade d'atropine et l'inhalation des vapeurs d'éther aient été définitives (les observations publiées laissent quelque doute sur ce point), il répugne à croire que, dans ces deux cas, la maladie ait été essentiellement de même nature que dans celui, où la douleur a disparu *immédiatement* après l'évacuation d'une grande quantité de matières fécales depuis longtemps amassées dans les intestins. Nous sommes bien disposé à croire que la plupart des *accès névralgiques*, quelle que fût leur origine, pourraient être diminués par les mêmes moyens stupéfiants, l'opium, l'éther à haute dose, etc., mais non l'*affection névralgique* elle-même. Et, par exemple, il est probable que si ces moyens avaient été employés dans le cas cité par M. Alnatt, et eussent réussi à peine à calmer l'acccès, la récidive ne se fût pas fait attendre, et ce médecin a fait preuve d'un grand sens pratique en insistant sur les purgatifs jusqu'à évacuation complète des intestins.

---

24. *Observation d'une femme qui, par le moyen de la galvanopuncture, recouvra la parole qu'elle avoit perdue depuis vingt-trois ans ;* par M. Camino.

(Memoriale della Medicina contemporanea.)

Obs. — En 1813, la nommée Rosa Ponti, alors âgée de 47 ans, fut prise de la perte du sentiment et du mouvement, à la suite d'une violente frayeur. Revenue peu à peu à elle-même, elle reprit l'usage de ses jambes, mais ne recouvra pas celui des

bras et de la tête, parties qui restèrent depuis lors paralysées et agitées d'un tremblement pénible. A partir de ce moment, elle ne put proférer une seule parole ; elle balbutiait quelquefois, mais sans parvenir jamais à prononcer distinctement même un monosyllabe. La langue demeurait immobile entre les dents, paraissant en outre atrophiée.

Le 21 mars 1856, on introduisit une aiguille métallique dans le cou, en dirigeant sa pointe vers la branche occipitale du premier nerf cervical ; puis on la mit en rapport avec le fil du pole zinc d'une pile de Volta ; alors, en tenant la langue soulevée et suspendue avec une lame du même métal, on ferma le cercle en présentant à l'extrémité de cet organe le bouton d'un directeur de laiton. La malade montra, en se retirant vivement. qu'elle avait senti la secousse. L'expérience fut répétée et l'effet se reproduisit plus prononcé encore. Elle y gagna immédiatement la possibilité de soulever la langue. Au bout de trois autres secousses, la malade s'écria : *Oh Dieu !* et put répondre à quelques questions d'une manière intelligible, quoique avec quelque difficulté. Elle parvint aussi à porter la langue de côté et d'autre.

Le lendemain, après quelques secousses données de la même manière, M. du Carmin commença à varier les points de contact et à donner à l'électricité différentes directions. La patiente se montra de plus en plus impressionnable, et la faculté d'articuler suivit dans son rétablissement graduel le retour des mouvements de la langue.

Deux jours de repos employés à exercer l'organe augmentèrent sensiblement la faculté de prononcer et rendirent l'articulation des sons plus aisée et plus nette. Bientôt elle put parler comme auparavant et s'en acquitta si bien et avec tant d'ardeur qu'elle semblait, dit l'auteur, vouloir réparer au plus vîte le temps perdu dans i'inaction et le silence.

Tous les trois ou quatre jours, elle revenait recevoir quatre ou cinq secousses avec la pile, ne pouvant pas, disait-elle, en supporter un nombre plus considérable.

Le 10 juin, elle se plaignit, sans cause appréciable, de douleur de tête et d'un sentiment de pesanteur générale, incommodité qu'une saignée dissipa.

Après quelques séances encore, non seulement la parole était revenue, mais aussi la fixité des autres parties paralysées, qui redevinrent tout à fait aptes à exercer leurs fonctions.

— Nous n'avons pas besoin d'insister longuement pour faire sentir l'intérêt extrême qui s'attache à cette observation. Une mutité complète, de cause apoplectique, compliquée de la para-

lysie des parties environnantes, existant depuis vingt-trois ans, chez une femme âgée de 70 ans, telles sont les diverses circonstances qui, chacune en elle-même, et plus encore par leur réunion, ajoutaient aux difficultés du cas et doublent par conséquent le prix du succès ainsi que le mérite de l'agent auquel celui-ci a été incontestablement dû.

---

25. *De la santonine considérée sous le rapport thérapeutique*; par M. Tuccinei.

(Il raccoglitore Medico.)

En vantant la vertu spéciale que ce remède possède contre les ascarides lombricoïdes, l'auteur explique aussi la manière dont il convient de l'administrer pour en obtenir les meilleurs effets. Comme il faut que les entozoaires intestinaux s'en nourrissent, si l'on veut qu'ils meurent, on ne devra jamais l'associer à un purgatif, ainsi que quelques thérapeutistes ont commis la faute de le conseiller; car tout ce qui accélérerait le mouvement péristaltique de l'intestin empêcherait le vermifuge d'y exercer son action destructive du parasite.

Cependant comme les ascarides empoisonnés et pour ainsi dire *enivrés* par l'absorption de la santonine ne sont pas tous expulsés au dehors, on peut, et cela est utile, administrer *ensuite* un purgatif pour achever de les entraîner. On devra, selon l'auteur, choisir pour cet objet l'huile de ricin, parce qu'elle réunit les deux propriétés cathartique et anthelmintique. Le moment qu'il faudra préférer pour le donner sera huit ou dix heures après l'ingestion du spécifique.

---

26. *Altération subie dans les propriétés du sulfate de quinine par son mélange avec le café;* par M. C. F.

(Il Raccoglitore medico.)

On avait déjà pensé *à priori* que le sulfate de quinine mélangé à une infusion aqueuse de café éprouve une certaine décomposition; une partie du sel formant avec le tannin du café une combinaison insoluble; une autre restant mêlée au liquide, unie à de l'huile grasse et à de l'extractif végétal; la troisième partie se dissolvant dans les acides libres formés dans le liquide. M. C. F. a positivement constaté par l'expérience clinique, que ces réactions diverses diminuent en réalité la puissance curative ordinaire du médicament. Ainsi, il a traité une fièvre tierce légitime pour laquelle il ordonna 12 décigrammes de sulfate de quinine dans une infusion de café; les effets du remède ne répondirent pas à ce que l'on observe ordinairement à la suite

d'une pareille dose donnée en semblable circonstance, car l'accès fébrile se reproduisait avec la même régularité. On administra alors une seconde dose du sel, mais dissoute par l'acide sulfurique : la fièvre fut immédiatement coupée.

Dans un autre cas, il fit prendre 9 décigrammes de sulfate de quinine, dans une tasse de café, à un malade affecté de névralgie sus-orbitaire intermittente ; mais les accès douloureux revinrent comme si l'on n'avait donné aucun anti-périodique. Cette seconde observation sera sans doute remarquée comme beaucoup moins probante que la première, la contre-épreuve qui fait toute la force de celle-ci ayant manqué chez ce malade : combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu le quinquina échouer, même dans celles où la marche intermittente était la plus régulière, et avec le meilleur mode d'administration du remède ?

---

27. *De l'usage interne du sous-carbonate d'ammoniaque dans la cure de l'érysipèle et de quelques autres maladies ;* par M. Mina.

(Il Raccoglitore Medico.)

L'auteur raconte qu'appelé auprès d'une femme de 50 ans, affectée d'un érysipèle de la face, qui lui était habituel, il la trouva en proie à un redoublement de douleurs de tête qui ne lui laissaient aucun repos. Incertain sur la meilleure manière de combattre cet épiphénomène si incommode, il prescrivit presqu'au hasard, dit-il, le sous-carbonate d'ammoniaque dans de l'eau de mélisse édulcorée, avec quantité suffisante de sirop diacode, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure. La douleur commença aussitôt à s'apaiser comme par enchantement ; l'érysipèle ne fit plus de progrès et la patiente put quitter le lit au bout de quelques jours.

L'érysipèle se terminant en général spontanément d'une façon favorable, il est bien difficile de constater positivement l'influence exercée par un médicament sur son évolution. L'auteur le reconnaît lui-même. Cependant, il déclare avoir très-souvent vu une amélioration rapide succéder à l'emploi de ce remède. Voici la forme ordinaire sous laquelle il l'administre :

Sous-carbonate d'ammoniaque. . . . . 3 décigrammes.
Dissolvez dans 250 grammes d'eau de mélisse. .
Ajoutez sirop diacode. . . . . 30 grammes.
A prendre par cuillerées d'heure en heure.

On peut répéter cette quantité si l'ingestion de la première n'a pas été suivie de l'effet désiré.

Il en a également retiré d'utiles services dans la roséole, la rougeole et les affections catarrhales.

28. *Du lycopus europæus (marubium aquaticum) dans les fièvres périodiques;* par M. Seuna aîné.

(Gazzetta medica di Milano.)

Nouveau succédané du quinquina, déjà indiqué par M. Mérat, et dont M. Seuna a seulement mieux déterminé le mode de préparation et fixé les doses. Il en a fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique : en traitant la poudre soit par la chaux, soit par le plomb, il a également obtenu un produit qu'il appelle lycopine.

La dose de cette dernière substance est de 5 à 12 décigrammes en quatre fois; celle de l'extrait de 4 à 50 grammes divisés en bols, ou administrés en solution. En poudre, il le fait prendre à la dose de 15 grammes, en sept ou huit fois. La décoction est de 30 à 60 grammes pour 2 kilogrammes d'eau.

M. Seuna cite plusieurs cas de succès obtenus par l'usage de cet agent. Il lui trouve une action curative moins prompte; mais plus permanente peut-être que le quinquina. Du reste, il convient le premier que son amertume extrême et la lenteur de ses effets formeront probablement un grand obstacle à sa vulgarisation.

---

29. *Moyen prompt, utile et efficace pour la cure de l'angine;* par M. Ceglie.

(Gazzetta Toscana delle Scienze medico-fisiche.)

Il s'agit simplement de la saignée des veines ranines, que l'auteur préfère, sous tous les rapports, aux émissions sanguines. Il s'appuie d'abord sur la disposition des vaisseaux de la région, pour prouver que l'écoulement sanguin, provoqué par cette phlébotomie, dégorge à la fois la muqueuse laryngo-pharyngienne et le cerveau qui est toujours plus ou moins congestionné dans les cas d'angine grave, à cause de la gêne de la respiration qui les accompagne. Invoquant ensuite sa propre expérience, il déclare avoir constamment retiré de ce moyen de très-heureux résultats, *même dans la période extrême du croup.* Les symptômes d'oppression, d'agitation, la toux suffocante, les yeux ardents, la face animée, tout cède presque instantanément.

Pour pratiquer cette saignée, il faut tenir la langue enveloppée d'un linge et la tirer à soi. Après avoir ponctionné les deux veines avec une lancette très-aiguë, on engage le malade à se laver fréquemment la bouche avec de l'eau chaude. On est obligé quelquefois de réitérer la saignée deux fois ou trois fois dans les vingt-quatre heures : mais les patients, se souvenant du

bien que leur a procuré l'opération, seront les premiers à la redemander. On porte alors l'instrument un peu en arrière ou un peu en avant du lieu de la première piqûre.

— Sans contester les avantages de cette saignée, il est bien permis de se demander si elle possède effectivement, sur les autres procédés locaux d'évacuation sanguine, une supériorité qui doive lui concilier cette préférence absolue qu'on réclame ici pour elle. Or, nous croyons avoir découvert la véritable raison de la prédilection exclusive que l'auteur professe à l'égard de ce moyen; et cette raison n'aurait pas, à beaucoup près, la valeur d'un argument scientifiquement acceptable. C'est tout simplement, il le dit lui-même, parce que les sangsues sont très-rares et d'un prix très-élevé dans le pays où il pratique.

---

30. *Sur la suppression de l'hémorrhagie utérine sans l'assistance de l'art;* par M. Radford.

(The Lancet.)

Si l'on veut apporter un secours efficace dans les cas de métrorrhagie grave, il faut d'abord avoir étudié les moyens que la nature emploie pour l'arrêter; car ce n'est guère qu'en aidant à son action qu'on peut espérer réussir. Or ces moyens sont de plusieurs ordres : 1° la syncope, 2° la coagulation du sang, 3° l'effusion de lymphe plastique et l'oblitération des vaisseaux, 4° la réunion des parties du placenta décollées de l'utérus, 5° la mort de l'enfant, 6° les contractions utérines, 7° la rupture spontanée des membres, 8° la séparation spontanée du placenta.

Lorsque le médecin veut provoquer le premier de ces moyens, la syncope, par la saignée, il devra donner issue au sang de la veine par une large ouverture; ce qui a le double avantage d'atteindre plus promptement le but désiré et d'épargner la quantité de sang à enlever, chose toujours fort importante dans la situation où se trouvent alors les femmes.

Toutefois, il prendra garde, en cherchant à produire la syncope, de ne pas causer la mort; c'est pour cela qu'il lui faudra toujours distinguer la syncope salutaire, résultat d'une hémorrhagie soudaine et qui conduit à la guérir, de celle qui est un avant-coureur de la mort. Les antécédents serviront surtout à établir ce diagnostic important. Si la lipothymie a succédé à une perte de sang abondante, la femme étant debout, si elle n'a encore eu lieu qu'une fois, et qu'auparavant le pouls fût fort et plein, on peut être rassuré et attendre. Mais on ne saurait trop promptement agir si, au contraire, la perte de connaissance s'est prononcée après des métrorrhagies répétées, si elle a eu lieu déjà à

plusieurs reprises, la femme étant couchée, et si dans les intervalles le pouls ne se relève qu'incomplétement.

Il arrive quelquefois que, lorsque le placenta se détache en quelques points, le sang s'arrête à cause de l'obstacle qu'il éprouve à s'infiltrer dans la substance de cet organe. M. Radfort a trouvé, dans quelques cas de mort survenue par suite d'hémorrhagie après le travail, des portions de placenta qui étaient infiltrées de sang au point d'avoir pris l'aspect d'un caillot sanguin. C'est pour la même raison qu'il conseille de ne jamais enlever trop précipitamment les caillots qui remplissent le vagin ; car, sans avoir par eux-mêmes le pouvoir de s'opposer au saignement, ils y contribuent néanmoins d'une manière indirecte en fournissant un point d'appui aux caillots placentaires ou interstitiels. On ne manquera cependant jamais de les ôter si leur présence empêchait de remplir quelque indication importante, comme de s'assurer de l'état du col, de la présentation de l'enfant, de l'éventualité d'une implantation anormale du placenta.

La mort de l'enfant peut être causée par l'hémorrhagie, quoiqu'il survive assez souvent malgré cet accident. Dans ces cas, il se passe dans les vaisseaux des changements qui préviennent tout retour sérieux de la perte sanguine. A l'état normal, en effet, les circulations utéro-placentaire et placento-fœtale exercent l'une sur l'autre une influence réciproque, quoique non égale, et la seconde a un grand et essentiel pouvoir dérivatif. La mort du fœtus apporte une modification d'abord partielle, puis ensuite complète dans les conditions de texture et de fonction du placenta, Le *stimulus de nécessité* que la nutrition de l'enfant suscite a cessé ; aussi les artères fournissant moins de sang diminuent peu à peu de volume. Plus tard, la structure du placenta devient peu à peu moins spongieuse et plus ferme ; ses vaisseaux atrophiés se remplissent de fibrine ; sa surface, du côté de la caduque, prend un aspect sec et ridé, et paraît parsemée de petits caillots, les uns récents, et les autres plus anciens. Ces changements expliquent pourquoi, après que l'enfant est mort; la séparation et l'expulsion du placenta se font ordinairement sans une grande perte de sang. M. Radford cite quatre observations de femmes dont la grossesse avait été traversée par des métrorrhagies graves et répétées, et qui, une fois l'enfant mort, accouchèrent et furent délivrées presque à sec.

La contraction générale, uniforme, régulière, de toutes les parties de l'utérus est le meilleur antihémorrhagique. M. Radford affirme, d'après sa pratique d'hôpital, qu'elle suffit *toujours* à préserver les accouchées contre cet accident. Mais si la con-

traction n'est que partielle, si, après l'expulsion de son contenu, l'utérus reste atonique dans sa partie supérieure, tandis que son col se contracte, c'est là une cause bien connue de métrorrhagie, qui ne peut être détruite qu'en rétablissant l'action contractile du viscère dans ses conditions normales.

La séparation partielle du placenta d'avec l'utérus est en quelque sorte plus dangereuse que son décollement total (j'entends quand le fœtus était encore vivant). Dans le premier cas, en effet, il y a deux sources d'hémorrhagie, l'une fournie par le sang qu'exhale la surface utérine à nu, l'autre venant de la circulation qui se continue de la mère à l'enfant, à travers les portions de placenta restées adhérentes. Dans le second, au contraire, il ne peut point sortir par le placenta de sang de la mère, puisque ce placenta est là comme un corps étranger tout à fait isolé de la matrice. Cependant, malgré la vérité de ces remarques, ce serait une faute grave que d'attendre le décollement intégral du placenta, et de demeurer, sans rien faire contre l'hémorrhagie, jusqu'à ce qu'il fût opéré ; ce serait une faute, dis-je, d'abord parce qu'il n'existe aucun signe propre à faire connaître quand ce détachement intégral est accompli, ensuite parce que la femme pourrait avoir succombé à l'abondance de la perte avant qu'il fût terminé.

---

31. *De l'accouchement prématuré artificiel;* par le professeur Kiwisch, à Wurtzbourg.

(Vierteljahrschrift fur die Praktische Heilkunde.)

Obs. — Une femme de 41 ans, en apparence non rachitique, mais cependant n'ayant que 3 pouces un quart de diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur du bassin, se maria à 25 ans. Dans l'espace de sept ans, elle fut délivrée six fois péniblement par les moyens de l'art. Un seul enfant très-petit fut conservé vivant. Dans la trente-sixième semaine de la septième grossesse, la femme consentit enfin à l'accouchement prématuré artificiel, qui fut pratiqué à l'aide de la ponction simple de l'œuf avec le plus grand succès. Une huitième grossesse fut également terminée heureusement par la même opération. Lors de la trente-cinquième semaine de la neuvième grossesse, M. Kiwisch eut recours, le 8 mai 1846, au procédé de M. Meissner. On ne parvint à faire monter la canule qu'à la hauteur de 5 pouces, et après la ponction il ne s'écoula que peu de sang et un peu de sérosité. N'ayant plus obtenu d'écoulement d'eau, on se décida deux heures après pour la ponction de l'œuf qui donna issue à 4 onces de liquide et fut suivi d'un suintement pendant vingt

heures ; alors on fit des injections d'eau tiède dans le col de l'utérus ; cinq heures après, les contractions commençèrent ; elles furent plus trad stimulées par l'emploi du seigle ergoté, et bientôt la femme accoucha d'un enfant qui jouit, ainsi que les deux autres mis au monde par l'accouchement prématuré artificiel, d'une santé florissante.

Nous avons rapporté en peu de mots cette observation, comme renfermant de nouveaux exemples de reussite de l'accouchement prématuré artificiel et principalement comme un avertissement aux accoucheurs sur la valeur du procédé de M. Meissner, qui peut exposer au décollement ou à la blessure du placenta dont il n'est pas toujours facile d'indiquer le siége précis de l'insertion. Il est assez probable que, dans ce cas, la canule est arrivée jusque dans le placenta ou tout près, et que le trocart en a blessé des vaisseaux.

---

32. *Hernie obturatrice étranglée*; par M. Hewett.
(The Lancet.)

Obs.—Un homme, âgé de 67 ans, fut reçu à l'hôpital de Saint-Georges avec les symptômes d'une hernie étranglée. Il dit qu'il portait une hernie dans l'aine gauche depuis sept ans, et qu'il avait été dans l'habitude de la contenir avec un bandage. Quatre jours avant son entrée, l'intestin glissa derrière la pelote et se porta en bas, accident qui fut suivi de douleurs intenses dans le ventre. Il réussit cependant à réduire lui-même une partie de la tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, et le lendemain un chirurgien acheva de faire rentrer le reste. Lors de son entrée, on ne put sentir aucune tumeur dans l'aine gauche ; mais le malade était dans un état fort grave. Il y avait des vomissements stercoraux, du hoquet, etc., mais sans douleur ni sensibilité dans aucune partie de l'abdomen. On donna des lavements, puis le calomel et l'opium, sans aucun avantage. Comme une petite tuméfaction se faisait sentir obscurément le lendemain dans l'aine gauche, on fit dans cette région une incision qui mit à découvert une petite tumeur dure, située près de l'*anneau abdominal externe* (*sic*), lequel était large et entièrement libre. Les symptômes allèrent en augmentant, et le malade succomba deux jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva dans l'aine gauche un ancien sac herniaire du volume d'une petite noix. Ce sac, entièrement vide et flasque, fut suivi à travers l'anneau externe jusque dans l'abdomen, où son ouverture de communication avec le péritoine pouvait à peine admettre une plume. Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient d'un rouge sombre ; mais le péritoine n'offrait

nulle part de traces d'inflammation. Après un examen attentif, on découvrit une anse d'intestin grêle passant à travers le trou obturateur gauche, où elle était étroitement fixée. Après avoir retiré l'intestin, on remarqua qu'il avait subi un étranglement dans les deux tiers de sa circonférence, ce qui y produisait l'apparence d'un diverticulum. La portion étranglée avait sa texture normale, mais était d'une couleur livide; elle était située à environ 8 pieds de la valvule iléo-cœcale. Le canal intestinal offrait une grande dilatation au-dessus, et un resserrement non moins marqué au-dessous d'elle. Le sac avait la même coloration ; sa capacité était égale au volume d'une grosse noix. Il était placé au côté interne des vaisseaux et nerfs obturateurs. Une grosse branche de l'artère obturatrice entourait en partie son col. La totalité du sac herniaire était au-dessous de l'obturateur externe, entre lui et le ligament obturateur, les fibres de ce muscle étant épanouies sur la surface du sac. Son ouverture de communication avec le péritoine recevait aisément le bout du doigt indicateur.

— Les détails très-circonstanciés de cette autopsie sont la principale raison qui nous a décidé à donner une traduction complète de cette observation. Outre l'importance que lui assure l'extrême rareté de faits semblables, elle offre encore de l'intérêt sous le point de vue le moins étudié peut-être dans cette espèce de hernies, celui du diagnostic et du traitement de l'étranglement. La plupart des auteurs indiquent bien les règles à suivre dans le cas où cet accident surviendrait ; mais on ne voit pas, malgré les faits si remarquables de Garengeot, de MM. Fiaux et Livois, que jamais ces préceptes aient reçu une application sur le vivant. Ici le diagnostic a été porté ; il a même été assez précis pour engager le chirurgien à opérer. Et quoique, par une cause à nous inconnue et que le texte ne mentionne point, l'opération en soit restée à son premier temps, ce n'en est pas moins là une preuve positive, anatomique, de la possibilité qu'il y aurait, un nouveau cas échéant, d'exécuter le débridement.

---

33. *Cas de plaie par arme à feu du poumon où la balle resta cinquante ans*; par M. Moore.

(The Lancet.)

Différents cas de séjour d'une balle dans le poumon, prolongé impunément durant plusieurs années, ont été cités par Larrey, Percy et Boyer ; mais aucun ne pourrait soutenir la comparaison avec celui dont M. Moore a publié la relation. La vie fatigante du marin auquel ce fait a rapport est une preuve de plus en faveur

de l'innocuité que les efforts de la nature peuvent à la longue assurer à des lésions en elles-mêmes aussi graves.

Obs. — M. John Leunon reçut, en décembre 1796, un coup de mousquet dont la balle pénétra par derrière, près de la cinquième côte droite. Il tomba sans connaissance avec suffocation et expectoration sanguine. On établit sur la blessure une compression après avoir insinué entre ses lèvres quelques linges. Plus tard, le malade fut tourmenté par la sensation comme d'une balle logée dans le diaphragme près de l'extrémité antérieure de la portion osseuse de la septième côte droite ; mais il refusa de laisser faire une ouverture dans ce point, malgré l'insistance des chirurgiens.

Il était guéri de sa plaie lorsque, quinze mois après, ayant bu un verre de vin, il fut pris d'un accès de toux à la suite duquel il rendit quelques morceaux de la chemise qu'il portait au moment de sa blessure.

Après trente-trois ans d'une vie aventureuse et fort active, se plaignant toujours de la présence de la balle, il eut diverses attaques de bronchite, et l'on remarqua qu'il prenait l'habitude de tenir toujours la tête fléchie en avant et du côté gauche.

Plus récemment il éprouva une ou deux attaques de goutte. Un jour, en trébuchant il crut sentir que la balle se déplaçait, et il en résulta une hémoptysie qui dura quelques jours.

En avril 1845, il eut une pleurésie grave; sa bronchite habituelle prit ensuite un caractère chronique, et il ne resta presque jamais sans toux ni expectoration. Au mois de juillet, il fut pris d'une attaque d'apoplexie aux suites de laquelle il succomba le 27 août de la même année.

Autopsie. Le poumon gauche était adhérent à la plus grande partie de la plèvre costale ; un épanchement séreux occupait le bas de la cavité. Les cellules aériennes étaient distendues par un fluide séro-muqueux; et ce poumon semblait occuper un plus grand espace que de coutume, le médiastin faisant saillie dans la cavité thoracique droite. Le poumon droit était réduit à un tiers de son volume normal, adhérent à la partie supérieure de la poitrine, flasque et dépourvu d'élasticité. Quoique des tranches de ce viscère surnageassent dans l'eau, il parut douteux qu'il eût pu, pendant la vie, servir beaucoup à la respiration.

Toute trace du coup de feu semblait avoir disparu. La balle fut trouvée logée dans la substance du poumon et solidement attachée par un pédicule d'un demi-pouce de long formé de parenchyme pulmonaire induré et de membrane cellulaire, à la surface interne de la troisième côte, vers la jonction de ses parties os-

seuse et cartilagineuse. Son adhérence dans la substance même du poumon était telle qu'on eut de la peine à l'en retirer après en avoir mis la moitié à découvert par l'instrument tranchant. Ce côté droit de la poitrine ne présentait aucune effusion séreuse; le diaphragme y remontait plus haut que d'habitude, par l'effet sans doute de la rétraction du poumon; ce qui explique l'attitude penchée latéralement de la tête.

On ne trouva aucun autre corps étranger dans la poitrine, quoique des recherches très-minutieuses eussent été faites, spécialement à l'endroit où le malade croyait éprouver le sentiment de la présence de la balle.

---

34. *Traitement palliatif de l'hydrocèle*; par M. LANYON.
(The Lancet.)

L'auteur propose d'évacuer le liquide de l'hydrocèle à l'aide d'une ponction faite avec une grosse aiguille à acupuncture; et tout le monde conviendra que c'est là, pour les malades pusillanimes, une fort commode manière de remplacer l'introduction du classique trocart. Le liquide filtrant goutte à goutte, la tumeur disparaît en quelques heures et le scrotum revient ainsi plus complétement sur lui-même. Mais ce qui nous a étonnés, c'est de voir l'auteur conseiller de remplacer la cure radicale par ces évacuations répétées autant de fois que la tuméfaction se reproduira. Au point de simplicité où en est arrivée l'opération de l'hydrocèle, aucun palliatif, si expéditif qu'il soit, ne saurait avantageusement lutter contre les procédés par lesquels on obtient si rapidement et à si peu de frais aujourd'hui la guérison sans retour. C'est un précepte désormais passé en force de loi, et qui ne doit céder que devant la formelle résistance des malades.

---

35. *Espèce rare de luxation de l'astragale*; par M. MACDONNELL.
(The Lancet.)

Le cas véritablement rare dont il est ici question puise un nouvel intérêt dans le nom du malade auquel il se rapporte, et qui n'est autre que M. Carmichael, chirurgien de l'hôpital Richmond, à Dublin.

OBS. — L'accident lui arriva en 1839, par suite d'une chute de cheval. Il tomba sur la partie antérieure du pied droit, qui toucha seul la terre. Une demi-heure après l'accident, l'auteur le vit de concert avec M. Hutton. Les orteils étaient tournés en dehors, le bord interne du pied formant un angle d'environ 30 degrés avec sa direction naturelle. La face plantaire était un peu tournée en dehors et le bord externe du pied légèrement élevé

La concavité du tendon d'Achille en arrière avait augmenté, et le talon était allongé. En saisissant les parties molles situées entre le tendon d'Achille et le tibia, on trouva la distance entre ces deux points beaucoup plus grande que du côté opposé. Au-dessous et au devant de la malléole était une saillie dure, sur laquelle la peau était tendue, formée par la face interne de l'astragale. La principale difformité consistait dans la proéminence du dos du pied. Immédiatement en avant du tibia, cette proéminence présentait une surface plate, ayant à partir du tibia la largeur d'un travers de doigt, qui descendait abruptement vers la partie antérieure du tarse. Sur cette tumeur, constituée par la tête de l'astragale poussée sur la surface supérieure du scaphoïde et du cunéiforme, les téguments étaient tellement tendus qu'un peu plus de force dans la cause vulnérante les aurait certainement perforés. Enfin, en mesurant la distance de l'extrémité de la malléole interne à celle du gros orteil, on reconnut qu'elle avait un pouce de moins que la même distance du côté sain. On ne découvrit aucune fracture. Le pied pouvait être fléchi et étendu ; mais comme ces mouvements occasionnaient beaucoup de douleur, on dut renoncer à s'assurer jusqu'où ils pourraient être portés. Il n'y avait encore ni inflammation ni épanchement sanguin. Les détails de la réduction qui nécessita l'emploi du moufle, et qui finit cependant par être obtenue, ne sont pas donnés dans cette observation.

Nous avons rapporté, avec tous les développements que contient le texte, ce cas qui est un exemple bien caractérisé de luxation de la tête de l'astragale en dedans et un peu en haut. Quoique plusieurs phénomènes importants y soient omis, la précision apportée dans une partie, il est vrai restreinte, de la description, servira du moins à éclairer la symptomatologie et le diagnostic des lésions de cette espèce.

---

36. *Nouvelle et heureuse opération pour la pseudarthrose*; par Dieffenbach, racontée par M. Bushnan.

(The medical Times.)

Dans une visite qu'il rendit à Dieffenbach durant l'automne de 1846, M. Bushnan entendit décrire par ce professeur une opération qu'il avait récemment pratiquée avec succès pour une pseudarthrose. Ayant plusieurs fois éprouvé l'insuffisance et les dangers des procédés employés contre cette maladie, du séton, du frottement, des appareils longtemps maintenus, de la résection, etc., il dirigea ses recherches vers un autre point de vue. Son expérience des plaies par armes à feu lui avait déjà appris que quand

des corps étrangers, tels que des balles, sont logés dans des os, il s'épanche toujours autour d'eux une grande quantité de substance de cal, dure et de bonne nature. D'ailleurs le fait de cette sécrétion a été établi positivement par les expériences de Duhamel et de M. Flourens.

Il appartenait au génie de Dieffenbach de féconder, sous le rapport thérapeutique, ces résultats de physiologie pathologique. Voici comment il les appliqua sur une malade. Il incisa la jambe avec un petit scalpel près des os fracturés, puis perça, avec un foret ordinaire, des trous à travers chaque extrémité des os et à un demi-pouce environ du bout correspondant à la fracture. Dans chacun de ces trous, il introduisit un petit morceau d'ivoire du même diamètre que le foret, et l'y enfonça avec quelques coups de marteau. Il plaça alors le membre dans l'extension, entouré d'attelles et enveloppé avec soin d'un bandage.

L'opération que nous venons d'exposer fut pratiquée en 1845, sur une femme âgée de 33 ans, qui s'était cassé la cuisse quinze mois auparavant; le membre était raccourci de près de 3 pouces, et atrophié, excepté au niveau de la partie fracturée où existait une tuméfaction considérable, molle et circonscrite. Il y existait de la mobilité comme à l'extrémité d'un fléau, et il se traînait avec peine lorsque la malade se traînait avec des béquilles. Ce membre n'était pas seulement inutile, mais une cause positive d'inconvénients exposant fréquemment la femme à tomber ou à trébucher, elle désirait vivement d'en être débarrassée. Il y avait entre les os fracturés un cal mou, dans lequel ils se mouvaient comme dans une capsule, mais aucun dépôt de matière osseuse. Dieffenbach avait d'abord voulu provoquer l'absorption de cette substance cartilagineuse en frottant les extrémités fracturées et y développant ainsi de l'inflammation ; cela fait, il chercha à provoquer l'union osseuse; mais ce fut inutilement.

Après l'opération ci-dessus racontée, il devint évident au bout de dix jours, par la diminution de la mobilité entre les extrémités osseuses, qu'un cal de bonne nature s'était épanché autour d'elles. Les chevilles d'ivoire furent en conséquence enlevées, et on laissa les incisions se cicatriser. Trois mois après, la malade marchait sans béquilles, et fut renvoyée guérie.

Dieffenbach a répété une seconde fois la même opération sur un homme âgé de 31 ans, employé à des travaux pénibles, qui avait eu le bras fracturé vers son milieu un an auparavant. Il n'y avait pas eu de réunion, et le membre lui était inutile. Les chevilles d'ivoire furent, comme dans le cas précédent, ôtées, au bout de dix jours ; toutefois, pendant le cours du traitement, Dieffen-

bach, ne trouvant pas que la consolidation osseuse fît des progrès assez rapides, introduisit une troisième cheville plus petite, et la laissa quelques jours en place. Tout marcha dès lors si bien que, douze semaines après la première opération, le patient était en état de reprendre ses travaux.

Un troisième malade, dont l'histoire n'est pas complétée, portait aussi une fracture non consolidée de l'humérus gauche, au tiers supérieur, depuis dix-huit mois; on y avait en vain passé un séton et posé des cautères. Au bout d'une semaine après l'opération, il s'était développé beaucoup de tuméfaction et de douleur. Au douzième jour, il existait déjà une grande diminution de la mobilté ; on enleva alors les chevilles d'ivoire.

---

37. *Statistique d'opération de taille;* par M. Breet.
(The medical Times.)

Cette statistique, dressée par l'auteur sur sa pratique dans l'Inde depuis octobre 1827 jusqu'à juillet 1840, est intéressante à plus d'un titre ; elle confirme d'abord, par l'un des plus frappants exemples qui aient été publiés jusqu'ici, la singularité, la bizarrerie des relevés de ce genre où l'on voit presque toujours, après une suite de cas entremêlés de morts et de guérisons, une série de succès se succédant sans interruption comme sous l'influence d'une veine de bonheur. Sur les 108 cas qui composent son tableau, M. Brett a compté pour les 38 premiers (jusqu'en mars 1834), un total de 7 morts, mais depuis cette époque jusqu'en juillet 1840, il n'a plus eu à enregistrer que des guérisons. Voilà donc 60 cas d'opérations plus ou moins compliquées, exécutées au milieu des circonstances les plus variées, sur des Musulmans, des Hindous et des Européens, dans des localités diverses, à Calcutta, Delhi, Cawnpore, etc., sans qu'un seul patient ait succombé.

L'âge des opérés, élément important à prendre en considération dans les calculs de cette espèce, n'a sans doute pas peu contribué à amener ce résultat favorable, quoique nous soyons loin de prétendre qu'il soit de nature à l'expliquer complétement. Nous voyons en effet que, sur ces 70 opérés, il y en a eu 13 au-dessous de 6 ans, 22 entre 6 et 10, 11 entre 10 et 15, 2 entre 15 et 20, 6 entre 20 et 30, 3 entre 30 et 40, 2 entre 40 et 50, 1 de 53, 6 de 60 et 1 de 70 (l'âge de l'un d'eux n'a pas été noté) ; de manière qu'en groupant ensemble les sujets placés par leur âge dans des conditions moins heureuses, même en mettant la limite inférieure de cette classe à 20 ans, on n'aurait que 19 de ces individus contre 48 plus jeunes, et par conséquent mieux dis-

posés à subir sans accident l'opération, ainsi que l'expérience de tous les chirurgiens spécialistes le prouve. Malgré ces réserves cependant, ce n'en est pas moins là une des plus belles pages de la lithotomie.

Le procédé que M. Brett préfère est celui que nous connaissons en Europe sous le nom de taille latéralisée.

---

38. *Description d'un nouveau cathéter pour la cystotomie;* par M. Biagi.

(Annali universali di Medicina.)

Il nous serait assez difficile de donner, d'après la description de l'auteur, une idée très-précise du mécanisme instrumental qu'il propose. Faute de l'indication des moyens, celle du but à atteindre suffira certainement à ceux qui voudraient recourir au même procédé.

M. Biagi a eu surtout en vue de préserver le bas-fond de la vessie, ainsi que le rectum contre toute chance de lésion, soit de la part de la sonde, soit de la part du couteau lithotome. Pour les garantir contre cet accident, quelques chirurgiens comptent sur l'urine qu'on peut laisser s'accumuler dans la vessie avant l'opération, ou sur les injections dont on remplit ce réservoir dans la même circonstance ; et il est effectivement positif que la réplétion de la poche urinaire éloigne d'autant son fond et l'intestin qui lui est contigu des atteintes de l'intrument tranchant. Mais par le fait, cette garantie devient souvent illusoire ; car il est rare que le patient ne rende pas, même malgré lui, la plus grande partie du liquide dès que le cathéter et le lithotome pénètrent dans la vessie.

Voulant le plus possible parer à ces inconvénients, M. Biagi a imaginé un cathéter qui, une fois introduit dans la vessie, peut s'ouvrir en deux parties, en deux moitiés qui réunies remplissent et ferment l'orifice. Si on les sépare ensuite, l'une abaisse la prostate et le segment inférieur du col ; l'autre, sur laquelle se continue la cannelure de l'instrument, sert de guide au couteau qui est porté profondément pour diviser, dans la direction qu'on voudra, le col de la vessie. Une addition importante sert à rendre cette manœuvre plus aisée et à faciliter, en outre, le premier temps de l'opération. A l'instar de plusieurs autres lithotomistes, M. Biagi a percé son cathéter, dans la partie, correspondante au siége, déterminée pour l'incision du périnée, d'une ouverture par laquelle, sous la pression d'un ressort placé à l'extérieur, un dard sort à la volonté de l'opérateur. Une fois le dard sorti et l'incision des téguments accomplie à son aide, l'opérateur s'en sert comme

d'un levier au moyen duquel il produit l'écartement des deux moitiés du cathéter dans le col vésical. Puis après avoir divisé le col et la prostate, il s'agit de retirer le cathéter. Mais comme un gravier pourrait, en s'engageant entre ses deux parties, l'empêcher de se fermer complétement et mettre par là obstacle à son extraction par l'urèthre, le cathéter, dans sa totalité, se trouve divisé en une partie correspondante au commencement de l'urèthre et une autre correspondante à la fin de ce canal et à la vessie. Réunies par une articulation mobile, ces deux parties peuvent à volonté être séparées ; de sorte que, l'incision du col terminée, le chirurgien n'a aucune peine à retirer directement la partie profonde de l'instrument, chargée ou non de graviers, ouverte ou fermée, à travers la large plaie du périnée, puis l'autre par le méat urinaire.

---

39. *Description d'un nouvel appareil destiné à suppléer l'action des muscles extenseurs de la jambe ;* par M. Massarenti.

(Bulletino delle Scienze mediche.)

Cet appareil a pour but de remédier à la flexion permanente du genou, causée par la rupture du tendon des extenseurs de la jambe, coïncidant alors avec l'impossibilité d'étendre le membre. Il a été appliqué avec un plein succès à un soldat âgé de 28 ans, qui s'était accidentellement rompu les tendons extenseurs des deux côtés. Le traitement le plus méthodique n'avait pas amené la consolidation des parties divisées, et ce malheureux était obligé de demeurer constamment couché sans pouvoir en aucune manière marcher.

L'appareil se compose de deux ceintures de cuir, qu'on applique, l'une à la partie inférieure de la cuisse au-dessus des condyles du fémur, l'autre à la partie supérieure de la jambe au-dessous du genou. La première est haute de 4 à 5 pouces et doublée à sa face antérieure d'une lame de cuir souple portant à la partie supérieure de son bord interne un prolongement en forme de bec qui remonte derrière la face postérieure de cette ceinture, et sert, en s'agrafant avec une boucle placée sur le bord externe de la même ceinture, à la serrer autour de la cuisse.

La seconde ceinture (jambière) a 3 ou 4 pouces de hauteur. Toutes deux sont lacées solidement autour de la partie du membre qu'elles embrassent, et servent ainsi de point d'appui à la pièce la plus importante du bandage. Celle-ci est formée par un morceau de gomme élastique, de forme rectangulaire, ayant pour longueur de ses divers côtés 3 pouces et 4 pouces et

4 lignes d'épaisseur. Son bord inférieur (l'un des petits côtés) est solidement attaché à la face antérieure de la ceinture jambière ; quant à son bord supérieur, il est libre, mais porte trois boucles, dans lesquelles passent trois courroies de 8 à 10 pouces de longueur. Ces courroies sont cousues en haut de la face antérieure de la ceinture fémorale. De cette manière, la gomme élastique peut être allongée par cette traction de bas en haut, jusqu'au point que la jambe puisse être dans une extension moyenne. Le cuir souple qui double la face antérieure de la ceinture empêche qu'elle ne se renverse quand la gomme élastique tire sur elle pour étendre la jambe.

Les courroies descendent sur le devant de la gomme élastique, et sont fixées dans trois autres boucles placées sur la ceinture jambière, au-dessous du point où la gomme élastique y est attachée. Ces courroies demeurent plus ou moins tendues au-devant du genou, et servent à mettre un terme à sa flexion dans le cas où une cause quelconque tendrait à porter cette attitude jusqu'à une limite incompatible avec la sécurité du membre et l'intégrité de l'appareil.

Nous avons déjà dit que le malade muni de ce bandage peut exécuter avec autant de solidité que d'aisance les diverses fonctions des membres inférieurs, se tenir debout, marcher sans soutien. L'auteur fait remarquer que le principal avantage de l'appareil lui vient de l'emploi du caoutchouc, qui, réunissant à l'élasticité la résistance, la mollesse et la flexibilité, donne aux parties leur force naturelle sans les blesser par un contact trop rude et trop irritant.

---

40. *Clinique sur l'électricisme;* par MM. Rocco, Manigrassi et Pizzutti.

(Il Filiatre sebezio.)

Ces quelques faits, où l'électricité a été le seul agent thérapeutique mis en usage, sont d'assez rares et assez péremptoires exemples de son pouvoir curatif pour que nous devions les enregistrer avec empressement. Nous les relaterons dans la même forme que le rédacteur italien les annonce, c'est-à-dire sans commentaire et sans la moindre altération.

Obs. I. — Un médecin, âgé de 52 ans, de tempérament originairement sanguin, mais devenu lymphatique par suite d'accidents divers, portait depuis assez longtemps un noyau squirrheux dans le voisinage de la dernière fausse côte gauche. Très-mobile au toucher dans le principe, il était plus tard devenu adhérent aux parties adjacentes, occasionnant des douleurs lancinantes

dans tout le côté correspondant de la poitrine, avec difficulté de se coucher sur ce côté; il y avait aussi une exostose sensible à l'articulation sterno-claviculaire. Après divers moyens employés sans succès et comme on était sur le point d'en venir à l'extirpation, le malade voulut essayer l'électricité. On appliqua donc sur le noyau même un couple galvanique de grandeur proportionnée. Après quinze jours de cette médication, le volume de la petite tumeur était réduit à presque 2 lignes de circonférence; l'exostose avait également diminué et les adhérences étaient détruites; les douleurs étaient dissipées. Le malade, maintenant délivré de ses incommodités, attend en s'occupant de ses affaires que le même traitement achève la guérison.

Obs. II. — Une enfant de 8 ans, de tempérament lymphatique, avait une glande sous-maxillaire augmentée de volume, strumeuse, douloureuse et adhérente à la branche correspondante de la mâchoire inférieure. Elle fut totalement guérie par le même moyen employé pendant l'espace d'environ deux mois.

Obs. III. — Un individu âgé de 45 ans, de tempérament bilieux, médecin, avait, par suite d'hypertrophie du foie et de la rate, une obstruction ancienne des glandes du mésentère, avec désordre des digestions et autres conséquences de même nature. Il fut guéri par le même traitement après environ trois mois. Il avait auparavant essayé sans succès tous les médicaments conseillés par l'art en semblable occurrence.

Obs. IV. — Un homme âgé de 50 ans, de tempérament bilioso-sanguin, était affligé, par suite de gale et syphilis, de douleurs arthritiques qui s'étaient emparées des deux membres inférieurs avec une demi-paralysie du gauche et une hyperostose du diamètre d'un pouce au tiers supérieur externe du bras gauche. Les bains, l'étuve, les frictions mercurielles et plusieurs autres moyens avaient échoué déjà contre cet état. On eut alors recours aux couples galvaniques. Au bout de quinze jours de leur emploi, tous les phénomènes morbides furent soulagés, et spécialement l'hyperostose avait diminué de moitié de son volume primitif et était devenue mobile en tous sens, de fixe qu'elle était auparavant, ne présentant plus qu'un petit noyau annonçant une totale résolution prochaine.

---

41. *Kyste de la mamelle*; par M. Cotta.

(Gazetta Medica di Milano.)

Le trait suivant est un cas très-tranché et dépourvu de complications d'une altération qui n'est pas ordinairement aussi facile à diagnostiquer. Nous le citons donc comme type dont la

description pourra aider le médecin à saisir les nuances qui le séparent des espèces moins nettement caractérisées.

Obs. — V... G..., jeune fille de 16 ans, brune, menstruée abondamment depuis environ deux ans, entra à l'hôpital de Lodi le 21 novembre 1846, pour une tumeur qu'elle portait à la mamelle droite. Elle s'était développée peu à peu sans que la malade s'en fût aperçue jusqu'au moment où elle acquit un certain volume. Son siége était à la mamelle droite au-dessous de l'aréole et du mamelon qui s'élevaient également et sous lesquels on sentait une tumeur fluctuante, indolente, sinon rugueuse au toucher : elle adhérait à la surface sous-jacente de la glande mammaire. M. Cotta jugea qu'il s'agissait d'une tumeur cystique du tissu cellulaire sous-cutané, et, en conséquence, il l'ouvrit avec le bistouri, sans faire une ablation de parties qui eût pu léser les vaisseaux galactophores voisins. Après avoir fait sortir le liquide, qui était de couleur pâle et un peu glutineux, il cautérisa l'intérieur de la tumeur avec la pierre infernale, pour détruire le kyste qui fournissait la sécrétion anormale de ce liquide. Tout marcha bien, et, après vingt jours de traitement, la patiente retourna chez elle parfaitement guérie.

---

42. *Cas de plaie par arme à feu ayant intéressé la vessie urinaire ;* par M. C. Paoli.

(Gazzetta Toscana delle Scienze Medico-Fisiche.)

Les plus compétentes autorités en chirurgie militaire, Larrey, M. Baudens, ont déjà reconnu l'innocuité remarquable qui distingue les plaies de la vessie par arme à feu comparativement à celles qui sont faites par arme blanche. Cependant la contusion qui les accompagne, et la présence d'une eschare qui prévient tout épanchement, ont beau expliquer le résultat favorable, on ne peut se défendre d'un sentiment de surprise quand on voit guérir des sujets, chez lesquels il ne peut rester aucun doute que la vessie n'ait été traversée de part en part, et dans des circonstances qui ajoutent encore à la gravité naturelle de cette lésion. Tel est le cas de l'observation suivante.

Obs. — Le nommé Metti, âgé de 38 ans, fort et robuste, soutint le 30 novembre 1841 une sorte de lutte à coups de fusil contre les carabiniers qui venaient l'arrêter. Il reçut enfin un coup de feu qui le fit tomber du toit où il s'était réfugié et on le transporta à l'hôpital, dans le service de M. Andreini. On remarqua à l'hypogastre, un travers de doigt au-dessus du pubis, à 2 pouces de la ligne blanche, une plaie ronde à bords contus et renversés en dedans, dirigée obliquement de gauche à droite, de

laquelle suintait goutte à goutte de l'urine. Une autre plaie arrondie, à bords frangés et tournés en dehors, existait à la partie moyenne de la fesse droite au niveau de l'échancrure sciatique. Le diagnostic étant facile, on plaça dans l'urèthre une sonde de gomme élastique qui fut laissée à demeure et constamment ouverte afin que l'urine pût sortir librement. (Saignée de 300 grammes, topiques émollients, boisson mucilagineuse, diète sévère.) Douleur dans le trajet de la plaie, s'étendant au périnée et vers les reins, rétraction des testicules ; plus tard, fièvre, ventre tendu et sensible au toucher. (Répéter la saignée, 24 sangsues sur l'abdomen.)

Le 1er décembre. Le malade a ôté la sonde à laquelle il attribue les douleurs, et ne veut plus se la laisser remettre. Augmentation de la fièvre et de la tension abdominale. Depuis qu'il a ôté la sonde, l'urine s'écoule dans la plaie voisine du pubis ; il n'en sort pas une goutte par l'urèrhre ; nausées, hoquets. La plaie de la fesse ne donne pas issue à de l'urine. (Saignée de 240 grammes, 50 sangsues *loco dolenti.*)

Le 2. Amélioration, sommeil.

Le 3. Il commence à couler par les deux plaies du pus séreux mêlé à des débris de tissu cellulaire gangrené. L'urine sort toujours par la même voie.

Depuis lors jusqu'au 12, il y eut un progrès continuel vers le mieux ; la plaie de la fesse était cicatrisée le treizième jour ; il n'y avait plus de douleur.

Déjà l'urine commençait à sortir par l'urèthre, lorsque la fièvre reparut presque subitement avec de la toux, de la dyspnée et une expectoration sanguinolente. La plaie du pubis fournit dès lors moins de pus et plus d'urine, et les douleurs de l'hypogastre et dans le trajet de la plaie se manifestèrent de nouveau. Comme il n'y avait pas de signes physiques d'une altération des organes de la respiration ni de la circulation, on eut à craindre une résorption purulente. Cependant les principaux phénomènes s'amendèrent sous l'influence des antiphlogistiques ; mais la toux et la dyspnée persistèrent et l'émaciation fit des progrès.

L'urine cependant avait encore recommencé à couler davantage par l'urèthre, lorsque la fièvre revint une seconde fois, s'accompagnant d'une douleur aiguë et pulsatile dans la partie la plus profonde du petit bassin. Elle s'étendit en haut et en dedans de la cuisse droite où il apparut bientôt une tuméfaction inflammatoire. Un abcès s'y forma, et de son ouverture sortit un pus très-fétide mêlé d'urine. C'était le résultat d'une infiltration urineuse, contre laquelle on lutta avantageusement, en faisant porter

une sonde à demeure. La plaie du pubis ne tarda pas à se cicatriser ; l'urine reprit son cours naturel, et le malade quitta l'hôpital le 25 avril 1842.

L'auteur, voulant reconnaître le trajet suivi par la balle, imagina de placer un cadavre dans la position où était le malade au moment de la blessure, c'est-à-dire à genou sur le membre gauche, le tronc fléchi en avant, appuyé sur la jambe droite et dirigé un peu obliquement, de manière à faire saillir un côté du bassin plus que l'autre. Il injecta aussi 750 grammes d'eau dans la vessie, le blessé ayant dit qu'il se trouvait alors n'avoir pas uriné depuis cinq à six heures. Faisant alors pénétrer un instrument pointu du lieu de la plaie antérieure à celui de la postérieure, il s'assura ensuite, par la direction que le corps vulnérant avait prise, qu'il avait d'abord dû entrer dans la cavité péritonéale, perforer l'une après l'autre les deux faces latérales de la vessie et sortir par une partie de ses parois qui n'est en contact qu'avec le tissu cellulaire.

— Ces conclusions, nous avons à peine besoin de le faire remarquer, ne sont acceptables que comme présomptions ; et, pour en tenir compte, il faut se rappeler soigneusement les diverses circonstances qui peuvent faire dévier une balle du trajet indiqué par la ligne droite tirée entre les deux plaies, condition que l'auteur n'a pu reproduire dans son expérience.

Il se demande encore pourquoi, dans ce cas, c'est la plaie la moins déclive qui a seule fourni l'urine. Il pense que cela tient à ce que, l'autre étant la plaie de sortie, la contusion y a été plus forte, et la tuméfaction des bords, d'où résulte l'oblitération du trajet, proportionnellement plus considérable.

---

43. *Histoire d'une hernie intestina étranglée dans la paroi posterieure du canal inguinal* ; par M. C. Paoli.

(Gazzetta Toscana delle Scienze Medico-Fisiche.)

Les hernies inguinales, après s'être engagées dans le canal inguinal, peuvent, dans quelques cas, ne pas le suivre jusqu'à son orifice extérieur et le quitter en traversant une éraillure de sa paroi antérieure. Mais on n'avait pas encore vu les viscères passer du canal à travers sa paroi postérieure, et rentrer par cette voie dans l'abdomen. C'est un exemple anatomiquement constaté de cette curieuse disposition que nous offre l'observation suivante.

Obs. — Bianchi, âgé de 55 ans, fut pris le 16 juin 1836 de nausées et de douleurs vagues dans l'abdomen. Bien portant jusque-là, il attribuait cette indisposition à une indigestion de

haricots qu'il avait eue la veille. Malgré un purgatif huileux, un lavement et des fomentations émollientes, les vomissements, la constipation et le météorisme du ventre se manifestèrent le jour suivant, et le pouls devint petit et abdominal. (Saignée de 300 grammes, sangsues sur le ventre, bain.)

Le 18, après une légère amélioration, les hoquets reparurent ainsi que les autres signes d'étranglement intestinal ; le pourtour de l'ombilic était surtout douloureux. (Saignée, sangsues.) Malgré l'exploration la plus attentive des lieux par où peuvent se faire les hernies, le médecln ne put en découvrir aucune apparence; il diagnostiqua seulement un étranglement interne. Le malade mourut dans le même état, le soir du 21.

Autopsie.—Intestins grêles distendus ; vestiges d'une entéro-péritonite intense et étendue. Dans le point correspondant à la région inguinale gauche, on trouva une anse de l'iléon ramollie et sur le point de se rompre; son extrémité, engagée dans la fossette externe du péritoine, avait poussé devant elle cette membrane pour s'en faire un sac herniaire. L'anse avait pénétré dans le canal inguinal par son orifice abdominal, le long du cordon spermatiqne; puis, arrivée au niveau de la fossette du péritoine, au delà de l'artère épigastrique, elle s'était fait voie à travers une éraillure de la paroi postérieure du canal inguinal, de telle manière que la tumeur faisait saillie dans la cavité de l'abdomen repoussant devant elle le péritoine qui forme la fossette moyenne. Ainsi, en voulant découvrir la tumeur du côté de l'abdomen, il fallait inciser :

1° Le péritoine qui forme la fossette moyenne ; 2° quelques restes de la paroi postérieure du canal inguinal éraillée et rompue, constituant une sorte d'anneau à l'anse herniée ; 3° le fascia transversalis qui avait suivi la hernie ; 4° le péritoine qui formait le sac herniaire.

Le collet était cotoyé en dedans par l'artère ombilicale oblitérée en dehors par l'épigastrique. L'étranglement était formé par cette artère et par la portion du canal comprise entre les fossettes moyenne et externe du péritoine, lesqueslle constituaient une bride dont la pression sur l'intestin y avait intercepté le cours des matières.

L'auteur fait remarquer que, contrairement à ce qui a été dit par plusieurs chirurgiens relativement au diagnostic de cette espèce d'étranglement, on ne put reconnaître aucune tumeur dans la région où siégeait la hernie, non plus que déterminer par la pression une douleur plus vive qu'en un autre point, puisque l'endroit le plus sensible du ventre était vers l'ombilic.

44. *Sur l'utilité des cantharides à l'intérieur dans la pneumonie*; par M. Mendini.

(Memoriale della Medicina contemporanea.)

Nous avons déjà, il y a deux ans, cité le premier travail de l'auteur sur le même sujet, et fait connaître les résultats remarquables qu'il a obtenus de cette médication. Sa présente communication a pour but de fournir encore de nouvelles preuves cliniques en faveur du remède, et d'ajouter, à l'adresse des praticiens, quelques conseils sur la manière de l'employer. Cette dernière partie est la seule importante à citer, les observations, au nombre de 21, ne faisant que confirmer les principes précédemment énoncés.

L'auteur avertit d'abord que, pour en tirer le même avantage que lui, les praticiens qui voudront expérimenter les cantharides devront veiller à ce que l'estomac de leurs malades soit aussi sain que possible. S'ils s'aperçoivent, après sa première administration, qu'une disposition gastrique, saburrale, irritative ou quelque autre semblable en contre-indique la continuation, qu'ils les suspendent et donnent de suite un purgatif huileux ou salin ; ils essayeront ensuite de revenir aux cantharides, ou bien ils abandonneront ce médicament pour recourir aux autres moyens en usage contre la pneumonie.

M. Mendini a toujours vu que l'irritation causée par les cantharides, à quelque degré qu'elle soit portée, disparaît ensuite sans laisser *même l'ombre* de fatigue. Leur effet pour calmer l'inflammation, ainsi que la chaleur et la fièvre qui l'accompagnent, est tel que l'on doit déplorer, dit-il encore, que l'excitation gastrique dont se compliquent tant de maladies empêche souvent de pouvoir en profiter. Mais il n'en donne pas moins comme certain que, dans plusieurs cas de sa pratique, aussi effrayants pour le médecin que pour le malade, la mort serait survenue indubitablement s'il n'avait eu ce moyen de salut à sa disposition.

---

45. *Sur la gangrène des poumons, principalement chez les aliénés*; par le docteur Fischel, à Prague.

(Vierteljahrschrift fur die Praktische Heilkunde.)

Revue statistique. — Dans l'espace de six ans, on a ouvert à l'amphithéâtre de Prague 3,437 cadavres, dont 3,102 sont venus des différents hospices et 335 de la maison d'aliénés. On a trouvé la gangrène des poumons 55 fois parmi les premiers, 1,6 sur 100, et 25 fois parmi les seconds, 7,4 sur 100 ; ce qui est d'autant plus remarquable que M. Guislain, sur une population d'environ

400 aliénés, n'a rencontré que 5 fois cette maladie dans un espace de 14 ans, et que M. Mosing (de Lemberg), dans une pratique très-étendue de plus de vingt ans, n'a jamais vu la gangrène des poumons.

Cette fréquence de la gangrène parmi les aliénés n'est pas un fait étrange, car elle se rencontre à peu près tous les ans dans la même proportion, comme cela résulte du tableau suivant :

NON ALIÉNÉS.

Années.	Nombre des autopsies.	Cas de gangrène.	Rapport à 100.
1840	293	4	= 1,3
1841	349	6	= 1,7
1842	510	2	= 0,3
1843	671	18	= 2,6
1844	506	12	= 2,3
1845	773	13	= 1,6
		55	

ALIÉNÉS.

Années.	Nombre des autopsies.	Cas de gangrène.	Rapport à 100.
1840	42	3	= 7,1
1841	67	4	= 5,9
1842	47	3	= 6,4
1843	49	4	= 8,1
1844	74	9	=12,1
1845	56	2	= 3,5
		25	

Sexe. — Sur les 80 individus morts de la gangrène des poumons, il y avait 45 hommes et 35 femmes.

Age.	Profession.
1 de 2 ans.	3 employés.
1 de 11 —	2 étudiants.
1 de 15 —	3 militaires.
2 de 16 —	1 sage-femme.
1 de 17 —	1 coloriste.
1 de 18 —	1 aubergiste.
14 avaient plus de 20 ans.	1 colporteur.
13 — — 30 —	1 musicien.
16 — — 40 —	7 paysans.
14 — — 50 —	20 ouvriers.
11 — — 60 —	19 journaliers.
4 — — 70 —	16 domestiques.
1 — — 80 —	1 laveuse.
	3 pensionnaires d'hôpital.
	1 mendiant.
80	8

Forme de l'aliénation.
12 mélancoliques.
5 épilepsies (dont quatre congénitales et une acquise à l'âge de seize ans et d'une mère épileptique.)
4 idiotismes (anoia).
3 manies simples.
1 manie fixe.

25

L'espace nous manque pour suivre l'auteur dans ses descriptions minutieuses d'*anatomie pathologique ;* disons seulement que sur les 80 gangrènes des poumons, il y avait 76 circonscrites, 4 diffuses; 39 fois la maladie était à droite, 27 fois à gauche et 14 fois aux deux côtés ; 19 fois à la partie supérieure, 8 fois à la moyenne, 33 fois à l'inférieure ; 20 fois elle avait son siége dans plusieurs lobes, d'un des côtés ou des deux à la fois; en général, elle était souvent en avant et sur les côtés , le plus souvent en arrière et toujours vers la périphérie plutôt que vers le centre.

Étiologie. — Causes prédisposantes. La plus grande fréquence de la gangrène des poumons chez les aliénés et principalement chez les mélancoliques prouve que les affections du système nerveux et leur influence sur la nutrition , et de là sur la crase du sang, jouent le principal rôle dans l'étiologie de cette maladie.

Parmi les *causes déterminantes,* il faut principalement noter une *nourriture insuffisante* ou de *mauvaise qualité*, comme chez les mélancoliques qui refusent souvent les aliments, ou chez des individus soumis à la diète pour des maladies des voies digestives ; un *air vicié*, des *habitations sombres, basses, humides* et *encombrées.* Dans un cas, la gangrène a été observée chez un pneumonique saigné copieusement huit fois ; l'*épuisement* par des maladies, par des fatigues et par des débauches ; l'*abus des alcooliques ;* le *mercure :* chez deux individus traités par des mercuriaux pour syphilis secondaires, on a trouvé 2 fois la gangrène du poumon; l'*opium :* Heaton a rencontré une fois cette maladie chez un individu empoisonné par une forte dose de laudanum ; la *constitution médicale :* la gangrène du poumon a été observée le plus fréquemment en été et ordinairement plusieurs cas de suite.

Lorsque plusieurs de ces causes se trouvent réunies, comme par exemple dans des prisons, on comprend que la gangrène du poumon peut devenir épidémique ou endémique (Mosing , *Med. Jahr. des vest. Kaiserstaates* , 1844).

L'auteur fait une dissertation très-intéressante sur les différentes opinions relatives aux causes prochaines de cette maladie, telles que la pneumonie exaltée, l'apoplexie pulmonaire ou l'engouement hémoptoïque, l'oblitération des vaisseaux des poumons,

les hémophlogoses (Schœnlein), et se prononce, comme nous venons de le dire, pour ceux qui admettent une dyscrasie du sang pauvre en fibrine, occasionnée par une grande débilité nerveuse.

Symptômes. — Les aliénés, après quelques jours de refus d'aliments, devenus très-maigres et faibles, sont pris d'un accès de fièvre, principalement caractérisée par de forts frissons, suivis de chaleur avec congestion vers la tête et la poitrine; respiration fréquente et courte, gémissements, pesanteur de toute la poitrine ou d'un côté seulement; toux sèche, brève et rare. L'auscultation et la percussion ne donnent encore d'autres signes que ceux du catarrhe chronique. Anorexie, pesanteur à l'épigastre, dents et langue sèches, couvertes d'un enduit bleu foncé; sécheresse de la bouche et des lèvres, constipation, prostration des forces de plus en plus prononcée; peau en général sale, livide; face bleu-rougeâtre ou blanc-jaunâtre, le plus souvent rude, sèche et couverte d'une sueur gluante; température inégalement distribuée, ventre et extrémités froids, poitrine et plus rarement la face brûlante; facultés intellectuelles peu changées; exacerbation de la fièvre vers le soir; insomnie, toux, gémissements, sueurs pendant toute la nuit; urine rouge et claire. Avec le début de la fièvre ou quelques heures après, ou même deux à trois jours plus tard, les malades se plaignent à un point de la poitrine d'une vive douleur lancinante, empêchant la respiration, les mouvements et même la parole; souvent cette douleur pleurétique manquait; l'oppression et la dyspnée augmentent; figure de plus en plus décomposée; yeux cernés et ternes, enfoncés dans l'orbite; joues très-rouges, plus tard cyanosées; reste de la peau de la face livide, plombée et couverte, comme tout le corps, d'une sueur froide, visqueuse; toux plus forte, expectoration souvent très-abondante d'une matière plus ou moins épaisse ou ténue, d'un jaune verdâtre ou brun brunâtre, ressemblant à du jaune d'œuf pourri ou au chocolat. Cette expectoration n'est pas pathognomonique parce qu'elle manque souvent et n'est pas constante pendant toute la maladie; mais ce qui est plus caractéristique, c'est l'odeur spécifique gangréneuse des crachats; elle est très-pénétrante, semblable à celle de l'hydrogène sulfuré et bien plus prononcée que dans la gangrène des parties externes. Cette odeur est le symptôme le plus pénible pour les malades; elle leur ôte le sommeil et l'appétit. Dans quelques cas, rares cependant, ce symptôme pathognomonique manquait lorsqu'il n'y avait ni toux ni expectoration ou lorsque celle-ci ne provenait pas d'un foyer gangrené. Une fois la couleur et l'odeur existaient pendant les deux premiers jours de la maladie, puis disparaissaient, et l'expectoration con-

servait le caractère d'une pneumonie jusqu'à la mort du malade. La percussion et l'auscultation n'avaient rien de caractéristique; elles donnaient les signes de la bronchite, de l'épaississement du poumon, d'un épanchement pleurétique, d'une caverne, etc. Pouls faible, fréquent (120-150), filiforme, quelquefois à peine perceptible, rare ; une fois au-dessous de 50 et tout à fait irrégulier; quelquefois syncopes; ventre enfoncé, épigastre douloureux au toucher ; langue toujours sèche ; dents couvertes de croûtes; narines en mouvement et pulvérulentes; lèvres sèches, excoriées ; soif très-forte, surtout pour la bière ; hoquets, renvois ; vomissements de mucosités verdâtres et fétides ; constipation remplacée par de nombreuses selles putrides; facultés intellectuelles peu changées, si ce n'est diminution de la sitophobie.

Le *diagnostic* est quelquefois rendu très-difficile, sinon impossible, par l'aliénation mentale qui abolit quelquefois la sensibilité au point qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas de gangrène des poumons où les aliénés, principalement les idiots épileptiques, n'accusent aucune douleur, n'ont pas de fièvre, ni de toux, ni d'expectoration, et chez lesquels il devient impossible de pratiquer l'auscultation; nous avons récemment publié une pareille observation recueillie par M. Leuret.

Les maladies qui pourront faire méconnaître la gangrène du poumon, sont : l'*hémorrhagie pulmonaire* dont l'expectoration sanguine peut être fétide ; le *typhus* compliqué d'engouement du poumon ; une *cachexie cancéreuse* ; la *dyssenterie chronique*, surtout précédée de catarrhe pulmonaire ; la *pleurésie* avec forte exsudation ; la *tuberculisation* et la *dilatation des bronches*.

Le *pronostic* est des plus mauvais. Dans les cas rares de guérison, il se forme une escharе du tissu gangrené qui est en partie rejeté au dehors, en partie dissous et résorbé et ensuite remplacé par un tissu de cicatrice.

La *durée* de la maladie du moment de son début jusqu'à la mort n'a jamais dépassé quatre semaines ; le plus souvent elle n'a été que de dix à quatorze jours.

Le *traitement* s'est borné aux moyens hygiéniques, aux toniques, etc., et à l'alimentation artificielle chez les sitophobes ; au reste il a toujours été infructueux.

---

46. *Du diagnostic et du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés ;* par le docteur **Mildner** (de Prague).

(Vierteljahrschrift fur die Praktische Heilkunde.)

Plus de six cents observations font la base de ce travail. Pendant quatorze mois seulement des années 1844 et 1845, on a

traité à l'hôpital des Enfants-Trouvés, à Prague, 300 enfants affectés d'ophthalmie; elle commençait ordinairement le deuxième, le cinquième, le plus souvent du sixième au neuvième jour après la naissance, atteignait les deux yeux, et s'est bornée à un seul œil dans 7 cas seulement. Chez 175 enfants, on ne pouvait entr'ouvrir les paupières : 59 fois elle était accompagnée d'hémorrhagies qui durèrent quelquefois plusieurs jours; 105 fois sur 75 malades, il y eut des troubles de la cornée avec ulcérations concécutives, et 6 fois des ulcérations de résorption; 95 fois les ulcérations perforèrent la cornée et donnèrent lieu à des hernies d'iris, 10 fois de la dimension d'un myocéphalon et 49 fois d'un melon. Dans les autres cas, la hernie était plus considérable encore.

La durée la plus courte était de six heures, la plus longue de plus de quatre mois, la plus ordinaire de dix à trente jours; moyenne, vingt-neuf jours.

Sur les 111 ulcérations, il y en eut 27 qui guérirent sans trouble apparent de la cornée; 22 avec de très-légères cicatrices; 5 avec de grandes cicatrices, et 2 avec cataracte capsulaire centrale antérieure. 13 enfants gardèrent des cicatrices avec difformité de la pupille sans perte de la vision; 2 avec clavus. La vue fut perdue sur 32 yeux chez 22 enfants; 27 fois avec phthisie du globe et 5 fois avec atrésie de la pupille. Sur les 300 enfants, 8 sortirent aveugles de l'hôpital et 2 moururent aveugles. Les maladies concomitantes les plus fréquentes étaient le catarrhe des voies respiratoires, plus fréquemment encore celui des voies alimentaires, 112; et après lui la jaunisse, 102; puis les exsudations membraneuses sur la muqueuse buccale et pharyngienne, 94; l'œdème des extrémités, 6; le sclérème du tissu cellulaire, 5; l'érysipèle ambulant, 9; l'inflammation de l'ombilic, 3; l'inflammation du péritoine, 1; la gangrène de l'ombilic, 3; les abcès aigus 7; le céphalématome, 1; le gonflement des seins 4.

37 enfants moururent : 7 de marasme au début de l'ophthalmie, 5 d'endurcissement du tissu cellulaire, 2 d'érysipèle, 2 de pyémie, 5 de pneumonie catarrhale, 2 d'entérite catarrhale, 4 de marasme dans le courant de l'ophthalmie,, 1 de péritonite, 2 de syphilis, 1 d'hydropisie et 2 d'atrophie après la guérison de l'ophthalmie.

Nous passerons les nombreux détails d'anatomie pathologique des tissus affectés.

Remarques étiologiques. — La forme *catarrhale* de l'inflammation n'est pas à méconnaître; mais il est difficile, sinon impossible, de la distinguer d'avec l'inflammation catarrhale syphilitique

ou blennorrhagique, au reste beaucoup plus rare chez les nouveau-nés qu'on ne l'avait cru autrefois. Cette inflammation catarrhale est ou bien locale, ou bien le symptôme d'une affection générale. En effet, presque tous les enfants affectés de pyophthalmie présentaient les symptômes d'une crase albumineuse du sang caractérisée par une état catarrhal de plusieurs muqueuses, par une grande faiblesse et par l'atrophie. L'influence atmosphérique n'est pas non plus à méconnaître ; souvent on a vu dans des salles encombrées de femmes en couches, et surtout lorsque l'air était humide et froid, 6 à 10 enfants atteints le même jour de la pyophthalmie la plus intense aux deux yeux, et ordinairement à des époques où les affections catarrhales prenaient un caractère septique , et l'on observait alors dans l'hospice de nombreux cas de suppuration de l'ombilic, de phlébite ombilicale avec pyémie consécutive, d'érysipèles gangréneux, d'aphthes et de croups de mauvaise nature.

L'autre forme très-fréquente, c'est la *croupale, caractérisée* par ces exsudations plus ou moins épaisses et même membraneuses avec création de vaisseaux nouveaux, souvent accompagnée de développement successif de fausses membranes dans la bouche et le pharynx. Lorsque l'affection prenait un caractère septique, on pouvait prédire la perte totale de la vue, même dans les cas où il n'existait encore qu'un petit point trouble dans la cornée.

Il est très-important pour le traitement de savoir : 1° si l'ophthalmie, à son début, est locale ou symptôme d'une affection générale; 2° si elle a pris ce dernier caractère dans le courant de la maladie, et 3° quelle est la nature de cette affection générale. On reconnaît que la pyophthalmie est purement *locale* lorsque la mère est saine, l'enfant bien nourri; lorsqu'on a pu reconnaître l'influence d'un agent extérieur ; lorsqu'il n'y a qu'un œil malade, au moins au début ; lorsqu'il n'existe pas de symptômes d'une maladie générale, surtout point de catarrhes ni d'exsudations sur d'autres muqueuses.

Ordinairement cette ophthalmie commence par la conjonctive, donne rarement lieu aux ulcérations de toute la cornée, et n'est accompagnée de fièvre que lorsque l'inflammation est très-intense. La durée est quelquefois seulement de quelques heures. Le pronostic est farorable et l'efficacité des canstiques est évidente. Lorsqu'au contraire la mère est malade, que l'enfant est mal nourri, s'il est atteint d'affections calarrhales ou croupales d'autres muqueuses, etc., il faut admettre que la pyophthalmie n'est que l'expression symptomatique d'une maladie générale de laquelle dépendront la durée, le pronostic et le traitement de celle-là.

Thérapie — Dans les années 1836 à 1839; il y eut 29 enfants aveugles sur 454 pyophalmies ; pendant les années suivantes, il n'y eut que 22 aveugles sur 689; et enfin, dans les quatorze mois qui suivirent, il n'y eut que 8 aveugles sur 300. Cette amélioration heureuse et très-remarquable est, avant tout, due aux bonnes mesures hygiéniques qui ont été prises dans l'hospice. Le traitement proprement dit consiste dans des instillations de solution de nitrate d'argent (1 à 4 grains sur 6 onces d'eau distillée) lorsque la maladie est locale et ne se borne qu'à la conjonctive. Elles conviennent surtout dans les contagions locales par la syphilis et la blennorrhagie. Si la pyophthalmie est l'expression d'une maladie générale, on préfère un léger traitement antiphlogistique, accompagné de fréquentes lotions et d'injections d'eau froide, ou d'une infusion de sureau refroidie. Lorsque la maladie n'est bornée qu'à la conjonctive, on a recours aux instillations de faibles solutions de nitrate d'argent ; plus tard la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est le moyen le plus héroïque contre les boursouflures, les granulations de la conjonctive, les perforations de la cornée. Cette cautérisation est préférée aux instillations de laudanum, qui, à la vérité sont chaque fois suivies d'une amélioration, mais pour peu de temps.

Dans les cas de procidence de l'iris, on doit préférer le crayon à la solution de nitrate d'argent. La cautérisation avec le crayon fut faite 127 fois sur 86 yeux. Un aide soulève la paupière supérieure, tandis que l'opérateur abaisse l'inférieure et passe rapidement avec la pierre infernale sur la partie malade, et l'aide la bassine aussitôt et rapidement avec un pinceau trempé dans l'huile d'amandes douces. La douleur paraît moins vive qu'avec le laudanum. L'eschare, qui tombe au bout de six à douze heures est quelquefois suivie d'hémorrhagie ; rarement il survient une réaction inflammatoire, qui cède bientôt aux fomentations froides. Une seule cautérisation a suffi dans quatre cas ; mais ordinairement il faut la répéter de 3 à 5 fois, et même de 6 à 8 fois.

---

47. *Note sur une altération spéciale de l'iris ;* par M. Cipriani.
(Gazzetta Toscana delle Scienze Medico-Fisiche.)

La lésion dont il est ici question n'est autre que celle décrite sous le nom de staphylôme de l'iris. Les pathologistes ne sont point d'accord entre eux sur la nature de l'altération qui donne lieu à cette apperence particulière. Jœger y voit le résultat d'un amincissement de l'iris, que la pression de l'humeur aqueuse de la chambre postérieure fait alors bomber en avant. Pour Klemmer, au contraire, cette tumeur serait plutôt l'effet d'un épais-

sissement de la membrane, d'un dépôt de lymphe coagulable dans son parenchyme. Un fait, dont l'auteur a pu observer directement tous les détails, jettera sans doute quelque jour sur ce problème encore obscur de pathologie oculaire.

En disséquant un cadavre de femme où il voulait déterminer une cataracte artificielle, il s'aperçut que l'iris n'avait pas des deux côtés la même couleur, étant bleue à gauche, et à droite d'un jaune obscur très-intense. En portant une attention plus minutieuse sur l'œil de ce côté, il reconnut que le cercle pupillaire n'offrait aucune altération; mais, vers un endroit du segment inférieur de sa grande circonférence, l'iris était assez noire pour paraître en un point manquer tout à fait. — Il montra aux étudiants cet état et leur fit comprendre qu'il annonçait une inflammation antécédente de l'iris. Il examina alors l'intérieur de l'œil, après avoir divisé par une incision le globe en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, ayant enlevé les tuniques de cette dernière, ainsi que le corps vitré et le cristallin, qui étaient parfaitement sains; il remarqua avec étonnement que, loin d'avoir une coloration plus foncée dans le point où existait l'apparence d'un staphylôme de l'uvée, loin d'y être épaissie, suivant l'opinion de Klemmer, l'iris, au contraire, était amincie, comme l'enseigne Jœger. Mais l'uvée ayant entièrement disparu en ce point, l'iris y était devenue décolorée et transparente de telle manière, que la couleur noire qu'on y avait observée avant la dissection n'était pas due à autre chose qu'à ce qu'on pouvait, à travers cette partie, voir le beau noir velouté que la teinte naturelle de la choroïde donne au fond de l'œil.

---

48. *Symptômes, caractères anatomiques, diagnostic différentiel et traitement de la syphilis tertiaire*; par M. Gamberini.

(Bullettino delle Scienze mediche.)

La classification de la syphilis constitutionnelle en secondaire et tertiaire, posée par M. Ricord, a rendu et rend chaque jour d'immenses services pour la thérapeutique de cette affection. Mais ce n'est point un motif pour exagérer sa signification, pour faire de ces deux périodes deux maladies différentes. On ne doit pas oublier qu'elle a été surtout établie pour faciliter et préciser les indications de la médication iodurée, au point que la convenance de l'iode à tels ou tels phénomènes vénériens est souvent à la fois, par un cercle vicieux inévitable, le seul indice et la seule preuve qui puissent les faire regarder comme tertiaires. Cette division est donc autant un artifice de l'esprit pour mieux spécifier le traitement qu'une séparation absolue entre les deux

états, fondée sur une différence dans leur nature, et qu'il faille prendre dans toute sa rigueur.

En faisant de part et d'autre ces concessions raisonnables, il semble que M. Ricord et ses adversaires pourraient aisément s'entendre. Ce n'est pas ainsi que l'a compris M. Gamberini. Il nie complétement que la syphilis tertiaire et la syphilis secondaire soient deux choses distinctes, et il apporte à l'appui de sa doctrine les considérations suivantes, étayées de faits cliniques multipliés.

1° Est-il vrai, comme l'enseigne l'école de Ricord, que l'apparition des symptômes dits tertiaires soit toujours précédée par les secondaires ? Loin de regarder cet ordre dans leur succession comme la loi la plus ordinaire, M. Gamberini serait plus porté à n'y voir que l'exception. L'observation de quelques mois seulement à l'hôpital lui a fait connaître 10 cas, qu'il cite succinctement, et où l'on trouve que des douleurs ostéocopes des membres, des gommes, des nodus et des tubercules profonds se sont développés chez des sujets n'ayant jamais eu que des phénomènes primitifs. — Pour le dire en passant, l'auteur prête ici à M. Ricord un langage exclusif qui n'est point celui de ce consciencieux praticien. Et quant aux faits relatés, on en pourrait aisément rassembler un bien plus grand nombre de pareils; mais ce qu'il faudrait, pour décider la question (et elle ne peut l'être qu'ainsi), c'est de savoir quel serait, comparativement aux cas de cette espèce, le nombre, beaucoup plus grand sans doute, de ceux où la syphilis secondaire aurait réellement précédé la tertiaire.

2° Le mercure, dit Ricord, est peu efficace et souvent nuisible dans les accidents primitifs; il manifeste sa plus grande puissance contre les secondaires, et la perd de nouveau dans les tertiaires. M. Gamberini prétend, au contraire :

A. Que le mercure est absolument inutile dans la syphilis secondaire. Il le prouve par huit observations de *rhumatalgie musculaire* vénérienne, de prurigo vénérien, d'ulcère induré calleux du col utérin, d'une syphilide, d'ulcères au gosier et d'ozène, lesquels symptômes résistèrent au traitement mercuriel, administré à l'hôpital pendant très-longtemps et sous diverses formes. — Le lecteur aura déjà sans doute reconnu, dans cet énoncé, plusieurs des lésions qu'on répute, à juste titre, comme devant entrer dans la classe des tertiaires, et sous ce rapport, comme plus justiciables de l'iodure que du mercure.

B. Que le mercure guérit souvent des phénomènes tertiaires. Dix observations sont consignées pour le prouver. Elles ont trait

à des douleurs ostéocopes, à des gommes, tubercules profonds du cou, une périostite et un engorgement articulaire, traités avec succès par les mercuriaux. — On peut justement s'étonner de voir un esprit aussi logique que celui de M. Gamberini se faire une pareille illusion sur la valeur de cet argument. Dire que l'iodure surpasse le mercure comme curatif des accidents tertiaires, est-ce prétendre que ce dernier échouera toujours contre eux? Personne, en France, n'oserait prêter une telle absurdité à l'école de M. Ricord; car il sait, tout aussi bien que ses antagonistes, comment, pendant plus de trois siècles, on a réussi à guérir la vérole à toutes ses phases, sans un atome d'iode!

3° Ricord admet que la syphilis secondaire se transmet par l'hérédité, et que ce caractère n'existe pas dans la tertiaire. M. Gamberini fait, avec raison, remarquer à ce propos que les faits capables de confirmer cette assertion manquent; bien plus, il serait très-difficile d'en réunir un certain nombre de concluants dans un hôpital de vénériens; car un malade, actuellement atteint de syphilis, serait fort embarrassé s'il lui fallait préciser quels symptômes offraient sa mère ou son père.

4° M. Gamberini, pour démontrer la fusion, l'identité qui embrasse tous les phénomènes de la vérole constitutionnelle, fait observer que les accidents tertiaires, une fois établis, peuvent être suivis ultérieurement d'accidents secondaires. A ce sujet, il relate sept observations : de douleurs ostéocopes auxquelles succéda un ulcère de la gorge; de tubercules cutanés profonds qu'accompagna ensuite l'apparition d'un rupia; de douleurs ostéocopes que vint compliquer une alopécie; d'ostéite suivie de chancres du gosier; de douleurs ostéocopes qu'une syphilide remplaça; de nodus après lesquels parut un ulcère de la gorge; de douleurs ostéocopes avec des ulcères, qui étaient guéries lorsque le malade fut pris de papules muqueuses autour de l'anus.—En admettant même, ce qui n'est pas, que tous les phénomènes désignés ici comme secondaires méritent bien cette dénomination, on ne serait point embarrassé de répondre à cet argument, dans la doctrine de M. Ricord; car elle n'admet pas, que je sache, que l'apparition des accidents tertiaires suffise pour préserver à tout jamais le malade contre toute récidive de l'affection secondaire!

5° Un fait, ancien comme la syphilis, dit M. Gamberini, vient encore militer contre la scission proposée entre les phénomènes dits secondaires et ceux dits tertiaires; c'est qu'ils coexistent souvent chez le même individu, quoiqu'on les ait voulu faire passer pour deux êtres distincts; et que, d'autre part, ils gué-

rissent très-bien par le mercure seul, sans qu'on ait besoin, comme le ferait pressentir et semblerait même le rendre nécessaire la doctrine de Ricord, d'associer à ce métal l'iodure de potassium. Six observations fournissent un exemple de cette combinaison d'accidents et de leur guérison, grâce au mercure employé seul. — Nous n'avons pas à répéter ici les réflexions que nous a suggérées le second argument de l'auteur. Les succès du mercure n'empêcheront pas que l'adjonction de l'iode ne soit toujours, dans ces cas, le meilleur et parfois le seul moyen duquel on puisse espérer la guérison.

De toutes ces propositions, conclut M. Gamberini, je crois être en droit de tirer la conséquence que les degrés établis par Ricord ne renferment pas une essence spécifique, mais bien une diversité de siége anatomique, laquelle peut procéder de circonstances très-variées comme, par exemple, la force différente de l'infection, la plus ou moins grande susceptibilité, les médications qui ont été opposées à l'infection primitive, les diverses formes de lésion par lesquelles celle-ci s'est opérée, la plus grande pénétrabilité ou diffusibilité du virus vénérien. En somme, on pourrait admettre que les symptômes tertiaires décèlent une plus grande puissance morbide par suite de l'imbibition organique profonde du virus vénérien, de manière que la différence entre les deux états consisterait, non dans l'essence, mais dans le degré de l'infection.

— Ces dernières paroles montrent assez que l'auteur, sans doute éclairé par le souvenir de son expérience clinique, a été ramené malgré lui à reconnaître entre les phénoménes tertiaires et secondaires une différence quelconque. C'est également la conclusion à laquelle arrivera tout observateur indépendant et judicieux. Cette différence existe; elle est réelle; mais on ne saurait assez prévenir les jeunes médecins de ne la supposer ni aussi tranchée ni aussi constante que certaines doctrines, devenues aujourd'hui plus tolérantes, l'avaient d'abord voulu présenter. Tout, d'ailleurs, n'est pas dit sur ce grave problème, et si les recherches de M. Gamberini pouvaient contribuer à le remettre en question, nous nous féliciterions doublement d'avoir donné à l'analyse de son intéressant travail un développement qui pût stimuler l'émulation et le zèle des médecins favorablement placés pour l'étude de cet important sujet.

---

49. *Sirop d'iodure et de chlorure de fer;* par M. Samuel Battley. (The Lancet.)

L'iodure ferreux solide des pharmacies, malgré tout ce qui a

été dit de son efficacité contre les scrofules et la chlorose, n'est encore employé qu'avec une certaine défiance par beaucoup de praticiens. C'est en effet une préparation jusqu'à un certain point infidèle, à cause de la facilité avec laquelle une partie de l'iode est mise en liberté par suite de l'oxygénation du fer au contact de l'air atmosphérique. La présence d'une certaine proportion d'iode libre est de nature à porter sur l'économie une action plus vive et autre que celle qu'on se proposait d'obtenir. Cette quantité d'iode libre, en irritant les organes digestifs, compromet d'autant plus facilement l'action *chalybéenne* (comme on dit en Angleterre) du composé, que déjà les personnes atteintes de chlorose ont fréquemment l'estomac et les intestins très-irritables, circonstance bien connue des praticiens comme apportant parfois de graves difficultés dans le traitement de la maladie. C'est ce qui avait amené M. Dupasquier, de Lyon, à proposer l'emploi de l'iodure de fer entièrement pur, c'est-à-dire sans mélange d'iode libre.

Ces remarques sur les inconvénients de l'iodure de fer ordinaire, M. Battley les fait à son tour, sans paraître se douter qu'elles aient déjà été en France le sujet de travaux importants, et il propose un moyen de remédier à ces inconvénients. Il commence par affirmer que les protoïodures et les protochlorures, incorporés dans un sirop, ne sont plus exposés à absorber l'oxygène et à passer à l'état de peroxyde. Cependant, ajoute-t-il, l'iodure de fer, administré sous cette forme, n'exerce pas toujours une influence chalybéenne bien marquée. Cela tient à ce que la proportion du fer équivaut seulement au quart de celle de l'iode. Or il y a un moyen simple de suppléer à cette insuffisance; c'est de mêler l'iodure au protochlorure de fer dans une préparation sirupeuse. Pour préparer ce sirop composé, on commence par faire dissoudre l'iode dans trois ou quatre fois son poids d'eau distillée chaude; puis on agite la solution avec une quantité moitié moindre de fer en limaille. La combinaison est opérée quand la liqueur passe du rouge noirâtre au vert foncé. Alors on forme dans un autre vase le protochlorure de fer en faisant agir l'acide hydrochlorique sur de la limaille. Cette nouvelle combinaison donne lieu à un dégagement de gaz hydrogène qui se continue pendant plusieurs heures. Le chlore se combine avec une proportion équivalente de fer, la liqueur devient neutre et prend une couleur bleuâtre. Il ne reste plus qu'à mélanger les deux liquides, et à y ajouter le sucre nécessaire pour donner à la préparation la consistance sirupeuse.

Chaque drachme (gros) de sirop contient 3 grains d'iode com-

biné et près de 4 grains de fer. L'auteur conseille, pour l'emploi de ce sirop, la formule suivante :

Prenez : Sirop d'iodure et de chlorure de fer. 2 drachmes.
Sirop d'écorce d'orange. . . . . 4 —
Infusion de camomille . . . . . 4 onces.
Mêlez pour quatre doses. — Deux doses par jour.

Le médicament composé de M. Battley peut avoir quelque avantage sur l'iodure de fer ordinaire, pris en nature ou sous forme pilulaire ; mais supprime-t-il réellement et complétement l'inconvénient attaché à l'iodure ? Nous n'oserions l'affirmer ; mais il ne nous paraît pas évident que la présence du sirop suffise à prévenir absolument la combinaison d'une partie du fer avec l'oxygène atmosphérique. En outre, il convient de faire remarquer que nous ne manquons pas de moyens d'administrer simultanément les préparations de fer et les préparations iodées, de telle sorte que les unes et les autres soient en quantité suffisante pour assurer leur action sans risquer de porter sur les intestins une irritation plus vive que n'en occasionne ordinairement l'iodure de fer. M. Mialhe a proposé, dans ce but, plusieurs préparations, et notamment un sirop iodo-ferré dont on trouve la formule dans son *Traité de l'art de formuler*.

---

50. *Histoire d'une imperforation du vagin ; mort ; nécroscopie ; remarque à l'appui de l'ovulation spontanée* ; par M. Locatelli.

(Gazzetta medica di Milano.)

Les faits du genre de celui-ci constituent assurément la plus forte preuve par laquelle puisse être établie la réalité de l'expulsion périodique des ovules, indépendamment de la fécondation ; aussi nous faisons-nous un devoir de reproduire tous les détails de l'observation de M. Locatelli, qui offre aussi une autre sorte d'intérêt, sous le rapport de la pathologie pratique.

Obs. — Une fille, de 26 ans, avait joui jusqu'à sa vingtième année d'une bonne santé, quand, vers cette époque, elle fut prise de fortes douleurs s'étendant des reins à toute la partie antérieure et inférieure du ventre ; elles revinrent dès lors périodiquement tous les mois, et disparaissaient après une durée de quatre ou cinq jours ; elles furent considérées pendant ces six années par un médecin à titre de congestion utérine, suppléant les règles qui n'avaient jamais paru. Cependant la malade, se voyant dépérir lentement, se soumit à un examen local qui fit reconnaître l'occlusion du vagin, à la moitié environ de sa hauteur, par une membrane. Le ventre offrait au-dessus du pubis

une tumeur volumineuse comme la tête d'un fœtus, un peu sensible à la pression ; le doigt, porté contre la membrane obturatrice du vagin, sentait le reflux d'une impulsion exercée sur la tumeur abdominale. Le pouls était faible et fréquent, et il survenait souvent des accès hystériformes.

L'évacuation du sang retenu étant le seul moyen de remédier à cet état et d'en prévenir l'aggravation, on incisa peu à peu la membrane avec un bistouri dirigé sur le doigt indicateur. Aussitôt il sortit un sang noir, coagulé, mêlé à de la mucosité (6 à 7 onces) ; son issue fut favorisée par des pressions exercées sur la tumeur du ventre, laquelle diminua au point de perdre les deux tiers de son volume primitif.

Pendant l'opération, la patiente n'accusa que quelques légères douleurs, et seulement durant les pressions pratiquées sur le bas-ventre ; mais au bout de quelques heures, une vive sensibilité et l'exacerbation des convulsions, ainsi que le retour de la tuméfaction abdominale, annoncèrent l'invasion d'une péritonite qui, malgré deux émissions sanguines, devint mortelle au bout de deux jours.

L'autopsie, faite après quarante-huit heures, montra d'abord les traces évidentes d'une péritonite avec épanchement seropurulent, spécialement dans la région iliaque gauche, où ce fluide était mêlé d'une petite quantité de sang putréfié. L'utérus présentait au delà du volume d'un poing ; les trompes de Fallope adhéraient fortement à la surface postérieure des ovaires, et étaient distendues de manière à offrir, la gauche la grosseur d'un œuf de dinde, la droite celle d'une noix. La première présentait en arrière une rupture d'où découlait un sang noir, à demi putréfié, en tout semblable à celui trouvé dans la fosse iliaque gauche.

La membrane par laquelle le vagin était obturé avait environ 2 lignes d'épaisseur. L'utérus offrait une cavité beaucoup plus large que d'habitude,

Par une dissection plus attentive, on constata que les trompes, dilatées comme nous l'avons dit tout à l'heure, étaient adhérentes par un tissu cellulaire lâche à la surface postérieure de l'ovaire ; elles communiquaient avec la cavité utérine par un canal extrêmement ténu.

Ces deux tumeurs renfermaient un sang noir, liquide, semblable à celui évacué lors de l'incision. Celle de gauche contenait en outre dans son intérieur quatre ou cinq vésicules grosses comme un grain de millet, arrondies, à parois transparentes et pleines d'un liquide jaune paille. Par leurs caractères anatomi-

ques, elles paraissaient être autant d'ovules détachés de l'ovaire, qui avaient subi un commencement de développement, comme cela a lieu pour l'ovule fécondé avant qu'il passe dans l'utérus.

Quant aux ovaires, leur surface était rendue très-irrégulière par suite de plusieurs cicatrices d'ancienne et de récente formation. Ils renfermaient à l'intérieur beaucoup de vésicules de Graaf, plus ou moins développées et transparentes, et diverses taches, pareilles en tout aux corps jaunes ou *corpora lutea*. Il s'y trouvait aussi quelques autres vésicules plus grosses, pleines de sang, lesquelles étaient certainement des vésicules de Graaf, d'où l'ovule était sorti depuis peu de jours : présomption confirmée par cette circonstance, qu'elles occupaient la partie périphérique de l'ovaire, et qu'elles correspondaient aux cicatrices les plus récentes qu'on remarquait sur la surface extérieure de ces organes.

— Outre l'intérêt physiologique extrême de cette observation, il ne faut pas perdre de vue le grave enseignement pratique qui ressort de sa fatale terminaison. Cet événement n'est pas plus fortuit qu'inexplicable; on doit positivement, au contraire, l'attribuer aux manœuvres de pression exercées sur le ventre pendant l'opération : tout concourt à le prouver, et les souffrances que ces pressions réveillaient, et la localisation ultérieure des douleurs, et la déchirure évidemment d'origine récente que l'autopsie laissa voir sur la paroi distendue de la trompe.

Ces pressions doivent être d'autant plus fortement condamnées que, même en ne rapportant pas à elles cet effet traumatique, leur influence n'eût pu être que très nuisible en favorisant l'introduction de l'air dans le foyer sanguin par les mouvements alternatifs d'ampliation et de resserrement qu'elles faisaient subir à sa cavité, et qui y devaient attirer le fluide atmosphérique absolument par le même mécanisme que la respiration le fait pénétrer dans le thorax. En somme, cette funeste issue, expliquée comme elle peut et comme elle doit l'être, n'est point faite pour décourager les médecins, qui, en cas pareil, demanderaient à la ponction, plus prudemment exécutée, un succès dont nous avons relaté, dans ces dernières années, bon nombre d'exemples on ne peut plus authentiques.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 185e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Nouvelles recherches expérimentales sur le mode de développement, sur l'action et sur les principes actifs de l'ergot des graminées ; en réponse aux questions du programme de M. le professeur *Jean-Baptiste Mazzoni*. Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques ; par *Louis Parola*. 1

Quelques remarques sur le chloroforme, employé comme narcotique dans les maladies des vieillards ; par le docteur *Victor Uytterhoeven*. 14

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de juillet, août et septembre 1847. 18-29-80

Séances des 2, 30, et 31 *octobre*. 1847.

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. 19-32-44

Mélanges. 78

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Traitement de l'épilepsie ; par M. *Delasiauve*. (*Suite*.) 1

2. Recherches cliniques sur les névroses ; par M. *C. Forget*. (*Suite* et *fin*.) 14

3. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne ; par M. le professeur *Bouillaud*. 31

4. De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection ; par *Ed. Courtin*. (*Suite* et *fin*.) 39

19. De la pleurésie des enfants ; par M. *Edwards Crisp*. 224

20. Sur une névralgie nocturne particulière de l'avant-bras ; par M. *Gamberini*. 226

21. Sur la phthisie pulmonaire ; par M. *Gola*. 227

22. Note sur un nouveau moyen pour la recherche du brome et de l'iode ; par M. *Cantu*. 229

45. Sur la gangrène des poumons, principalement chez les aliénés ; par le docteur *Fischel*. 255

THÉRAPEUTIQUE. — 5. Recherches sur l'emploi de l'eupatorium perfoliatum dans le traitement de la grippe ; par le docteur *Peebles*. 56

6. Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ; par *A. Rodet*. (*Suite* et *fin*.) 62

7. Remarques nouvelles sur l'emploi de l'huile de cade et de divers produits bitumineux, résineux, empyreumatiques, dans le traitement des affections dartreuses ; par le docteur *Gibert*. 71

8. Traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur la tête ; par M. *H. Mettais*. 76

23. De l'action de l'atropine dans les affections douloureuses de la face.— Sur le traitement de la névralgie. — Affection névralgique de la tête et de la face, traitée par l'inhalation de l'éther ; par MM. *Philpot Brookes*, *R. H. Allnatt* et *Archibald B. Semple*. 230
24. Observation d'une femme qui, par le moyen de la galvano-puncture, recouvra la parole qu'elle avait perdue depuis vingt-trois ans ; par M. *Camino*. 232
25. De la santonine considérée sous le rapport thérapeutique ; par M. *Tuccinei*. 234
26. Altération subie dans les propriétés du sulfate de quinine par son mélange avec le café ; par M. *C. F.* 234
27. De l'usage interne du sous-carbonate d'ammoniaque dans la cure de l'érysipèle et de quelques autres maladies ; par M. *Mina*. 235
28. Du lycopus europœus (marubium aquaticum) dans les fièvres périodiques ; par M. *Seuna*, 236
29. Moyen prompt, utile et efficace pour la cure de l'angine; par M. *Ceglie*. 236
40. Clinique sur l'électricisme ; par MM. *Rocco*, *Manigrassi* et *Pizzutti*. 249
44. Sur l'utilité des cantharides à l'intérieur dans la pneumonie ; par M. *Mendini*. 255

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. Superfétation : deux enfants vivants, l'un de sept mois, l'autre à terme ; par M. le docteur *Windriff*. 88
30. Sur la suppression de l'hémorrhagie utérine sans l'assistance de l'art ; par M. *Radford*. 237
31. De l'accouchement prématuré artificiel; par le professeur *Kiwisch*. 139
MALADIES DES FEMMES. — 10. Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus; par M. le docteur *Filhos*. (*Suite* et *fin*.) 90

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE.—32. Hernie obturatrice étranglée ; par H. *Hewett*. 240
33. Cas de plaie par arme à feu du poumon où la balle resta cinquante ans ; par M. *Moore*. 241
34. Traitement palliatif de l'hydrocèle ; par M. *Lanyon*. 243
35. Espèce rare de luxation de l'astragale ; par M. *Macdonnell*. 243
41. Kyste de la mamelle ; par M. *Cotta*. 250
42. Cas de plaie par arme à feu ayant intéressé la vessie urinaire; par M. *Paoli*. 251
43. Histoire d'une hernie étranglée dans la paroi postérieure du canal inguinal ; par M. *Paoli*. 253
50. Histoire d'une imperforation du vagin ; mort ; nécroscopie ; remarque à l'appui de l'ovulation spontanée ; par M. *Locatelli*. 268
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 11. Nouveau procédé très-simple pour la ligature des polypes ; par M. le docteur *Alexis Favrot*. 107
12. Fistule vésico-vaginale à un centimètre du col utérin, opérée et guérie par le procédé de M. Jobert ; par M. *Malgaigne*. 110
13. Considérations pratiques sur le traitement du bec-de-lièvre double, avec écartement des os maxillaires ; par M. le docteur *Ch. Phillips*. 117
36. Nouvelle et heureuse opération pour la pseudarthrose ; par *Dieffenbach*. 244
37. Statistique d'opération de taille ; par M. *Breet*. 246
38. Description d'un nouveau cathéter pour la cystotomie; par M. *Biagi*. 247
39. Description d'un nouvel appareil destiné à suppléer l'action des muscles extenseurs de la jambe ; par M. *Massarenti*. 248
OPHTALMOLOGIE. — 14. Sur un reflet lumineux de l'œil humain, et sur son application au diagnostic des maladies de la rétine et du fond de l'œil ; par *William Cumming*. 132
46. Du diagnostic et du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés ; par le docteur *Mildner*. 259

47. Note sur une altération spéciale de l'iris ; par M. *Cipriani*. 262

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite ; par le docteur *Isidore Poullain*. (*Suite* et *fin*.) 144
48. Symptômes, caractères anatomiques, diagnostic différentiel et traitement de la syphilis tertiaire ; par M. *Gamberini*. 263

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 16. Considérations médico-légales sur l'asphyxie ; par le docteur *Henri Bayard*. 154
17. Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles, dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée, et des plaies par arrachement de l'utérus et des intestins ; par le docteur *Ambroise Tardieu*. 166

XII. GÉNÉRALITÉS.

18. Études sur les virus ; par *Jean Hameau*. (*Suite*.) 179

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 6, 13, 20, 27 décembre et 3, 10, 17 et 24 janvier). — Chloroforme.—Maladies des ouvriers employés au blanchiment des dentelles. 190. — Nouveau lithomètre. 191.—Appareil pour le chloroforme. 192. — Influence des nerfs rachidiens sur les mouvements du cœur. 193. — Chloroforme. 194. — Sur l'influence de la sensibilité des nerfs rachidiens sur les mouvements du cœur. 196. — Nouvelle méthode pour l'analyse des gaz. 198. — Recherches anatomiques sur les vaisseaux lymphatiques de la langue. — Éther et chloroforme ; leur action physiologique sur les animaux. 200. — Appareil pour l'inhalation du chloroforme et autres substances volatiles. 204. — Chloroforme ; ses avantages et ses inconvénients. — Présence normale de plusieurs métaux dans le sang de l'homme et analyse des sels fixes contenus dans le liquide. 206. — Fistules vésico-vaginales. 207. — Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et sur celles de la veine-porte. — Altération du sang sous l'influence des inhalations de chloroforme. 208. — Moyen de combattre les accidents produits par l'éther ou par le chloroforme. — Cuivre physiologique. 210. — État du sang dans l'encéphalite. — Transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête. 212.

ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 7, 14, 21, 28 décembre et 4, 11, 18 et 25 janvier.) — Chloroforme. Action topique du chloroforme et moyen propre à faire connaître sa pureté. 213. — Prix fondé par M. le baron Portal. — Prix fondé par Madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Prix fondé par M. le docteur Itard. 214. — Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Prix fondé par M. le baron Portal. — Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Membrane caduque. 215. — Du régime pénitentiaire et de la folie. 216. — Localisation de la parole. 220. — Hygiène des ouvriers employés dans les manufactures de draps. 221. — Traitement de la syphilis par les préparations d'iode. 222. — Du typhus et de son traitement. 224.

MÉLANGES.

49. Sirop d'iodure et de chlorure de fer ; par M. *Samuel Battley*. 26

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 185e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Biagi. Description d'un nouveau cathéter pour la cystotomie. 247

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Massarenti. Description d'un nouvel appareil destiné à suppléer l'action des muscles extenseurs de la jambe. 248
Gamberini. Symptômes, caractères anatomiques, diagnostic différentiel et traitement de la syphilis tertiaire. 263

GAZZETTA TOSCANA.

Ceglie. Moyen prompt, utile et efficace pour la cure de l'angine. 236
Paoli. Cas de plaie par arme à feu ayant intéressé la vessie urinaire. 251
Paoli. Histoire d'une hernie étranglée dans la paroi postérieure du canal inguinal. 253
Cipriani. Note sur une altération spéciale de l'iris. 262

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Gola. Sur la phthisie pulmonaire. 227
Seuna. Du lycopus europœus (morubium aquaticum) dans les fièvres périodiques. 236
Cotta. Kyste de la mamelle. 250
Locatelli. Histoire d'une imperforation du vagin ; mort ; nécroscopie ; remarque à l'appui de l'ovulation spontanée. 268

IL FILIATRE SEBEZIO.

Rocco, Manigrassi et *Pizzutti.* Clinique sur l'électricisme. 249

MEMORIALE DELLA MED. CONTEMPORANEA.

Camino. Observation d'une femme qui, par le moyen de la galvano-puncture, recouvra la parole qu'elle avait perdue depuis vingt-trois ans. 232
Mendini. Sur l'utilité des cantharides à l'intérieur dans la pneumonie. 255

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Gamberini. Sur une névralgie nocturne particulière de l'avant-bras. 226
Gantu. Note sur un nouveau moyen pour la recherche du brome et de l'iode. 229
Tuccinei. De la santonine considérée sous le rapport thérapeutique. 234
C. F. Altération subie dans les propriétés du sulfate de quinine par son mélange avec le café. 234
Mina. De l'usage interne du sous-carbonate d'ammoniaque dans la cure de l'érysipèle et de quelques autres maladies. 235

JOURNAUX ALLEMANDS.

VIERTELJAHRSCHRIFT FUER DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Kiwisck. De l'accouchement prématuré artificiel. 139
Fischel. Sur la gangrène des poumons, principalement chez les aliénés. 255
Mildner. Du diagnostic et du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés. 259

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (janv. 1848).

Bayard (Henri). Considérations médico-légales sur l'asphyxie. 154
Ambroise Tardieu. (Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles, dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée, et des plaies par arrachement de l'utérus et des intestins. 166

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (novembre 1847).

Delasiauve. Traitement de l'épilepsie. 1

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (octobre 1847).

Phillips (Ch.). Considérations pratiques sur le traitement du bec-de-lièvre double, avec écartement des os maxillaires. 117

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 50, 52 ; 1847 et 5, 6 ; 1848).

Forget (B.). Recherches cliniques sur les névroses. 14
Courtin (Ed.). De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection. 39
Rodet (A.). Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ; 62
Gibert. Remarques nouvelles sur l'emploi de l'huile de cade et de divers produits bitumineux, résineux, empyreumatiques, dans le traitement des affections dartreuses. 71
Mettais (H.). Traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur la tête. 76

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (décemb. 1847).

Windriff. Superfétation : deux enfants vivants, l'un de sept mois, l'autre à terme. 88

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (décembre 1847).

Poullain (Isidore). Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite. 144

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (décembre 1847 et 1848).

Bouillaud. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne. 31
Peebles. Recherches sur l'emploi de l'eupatorium perfoliatum dans le traitement de la grippe. 56
Favrot (Alexis). Nouveau procédé très-simple pour la ligature des polypes. 107
Malgaigne. Fistule vesico-vaginale à un centimètre du col utérin, opérée et guérie par le procédé de M. Jobert. 110
Cumming. (William). Sur un reflet lumineux de l'œil humain, et sur son application au diagnostic des maladies de la rétine et du fond de l'œil. 132

REVUE MÉD. FRANC. ET ÉTR. (septembre, octobre et novembre 1847).

Filhos. Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus. 90
Hameau (Jean). Etudes sur les virus. 179

JOURNAUX ANGLAIS.

THE MEDICAL TIMES.

Dieffenbach. Nouvelle et heureuse opération pour la pseudarthrose. 244
Breet. Statistique d'opération de taille. 246

THE LANCET.

Grisp (Edward). De la pleurésie des enfants. 224
Philpot Brook, Allnatt (R. H.). et *Semple* (Archibald B.). De l'action de l'atropine dans les affections douloureuses de la face. — Sur un traitement de la névralgie. — Affection névralgique de la tête et de la face, traitée par l'inhalation de l'éther. 230
Radford. Sur la suppression de l'hémorrhagie utérine sans l'assistance de l'art. 237
Hewett. Hernie obturatrice étranglée. 240
Moore. Cas de plaie par arme à feu du poumon où la balle resta cinquante ans. 241
Lanyon. Traitement palliatif de l'hydrocèle. 243
Macdonnell. Espèce rare de luxation de l'astragale. 243
Battley (Samuel). Sirop d'iodure et de chlorure de fer. 266